SELBSTMORDVERSUCH ALS MONOMANIE

Nikolaus Ecker

1972

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546016_0093

AUS DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. med. Hanns Hippius

SELBSTMORDVERSUCH ALS MONOMANIE

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und der medizinischen Fakultät
der Ludwig Maximilian-Universität zu München

vorgelegt von

Nikolaus Ecker
aus
Vilsbiburg

München
1971

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Heinz Dietrich
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. med. Hanns Hippius
Dekan:	Prof. Dr. med. Wolfgang Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	21. 12. 1972

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

DISSERTATIONS– UND FOTODRUCK FRANK oHG
8 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2 8 0 9 0 9 0

GLIEDERUNG

Einleitung

I. Forschungslage und Begriffsbestimmung
1. Theorie des Selbstmordversuchs und Abgrenzung vom vollendeten Suizid
a) Entwicklung zur Suizidhandlung
b) Funktion der Suizidhandlung
2. Monomanien. Versuch einer Begriffsbestimmung

II. Beziehungen zwischen monomanischem und suizidalem Verhalten

III. Fallvorstellungen

IV. Diskussion

V. Zusammenfassung

Einleitung

Das spezifisch menschliche Problem der Selbsttötung hat nahezu alle humanwissenschaftlichen Einzeldisziplinen zu Interpretations- und Lösungsversuchen angeregt. Trotz der allgemeinen Beachtung dieses Phänomens sind dem Arzt, der sich häufig solchen lebensbedrohenden Situationen gegenüber sieht, nur wenig Hilfen gegeben. Er kann sich nicht auf ein Für und Wider der Selbstmordhandlung einlassen, denn seine Aufgabe ist es, auf die Erhaltung des bedrohten Lebens hinzuwirken.

Die Schwierigkeiten und Unsicherheiten, die dabei auftauchen, spiegeln sich in den überaus zahlreichen Beiträgen zur medizinischen Lösung des Suizidproblems wieder. So zählt beispielsweise eine vom National Institute of Mental Health, Chevy Chase, Maryland, USA herausgegebene "Bibliography on Suicide and Suicide Prevention" 3 469 Bücher und Schriften auf, die alle in einem Zeitraum von 100 Jahren veröffentlicht wurden. Ein Großteil der Untersuchungen befaßt sich mit der statistischen Erforschung des Selbstmordproblems, obwohl stets Dunkelziffern einkalkuliert werden müssen, die einer detaillierten Auswertung hinderlich sind. Die daraus für die Praxis bis jetzt gewonnenen Fakten sind noch wenig hilfreich. So ist z. B. das Herausstellen von suizidfördernden Umständen zwar für eine Orientierung nützlich, dabei bleibt es aber immer noch unklar, warum solche Situationen gerade zum Selbstmord und nicht zu anderen Verhaltensformen führen. Aus den Betrachtungsweisen der verschiedenen psychologischen Richtungen gingen bisher noch keine allgemein annehmbaren Erklärungen zu solchen Fragen hervor, und es ist zu erwarten, daß die Diskussion um die Selbstvernichtung noch lange anhalten wird.

Durch die moderne Medizin sind dem Arzt bessere Möglichkeiten gegeben, nach einer Suizidhandlung lebensrettend einzugreifen, so daß die Zahl der tödlichen gegenüber den nicht tödlich endenden suizidalen Akten geringer wird. Das ist einer der Gründe, warum in jüngerer Zeit auch das Problem des Selbstmordversuches eine größere Beachtung findet. So soll sich auch diese Untersuchung mit dem Suizidversuch befassen. Hier geht es um das wiederholte Auftreten von Suizidversuchen nicht psychotisch erkrankter Patienten, bei denen der Ein-

druck entsteht, es könnte sich um eine besondere Form der Monomanien handeln.

I. Forschungslage und Begriffsbestimmung

1. Theorie des Selbstmordversuchs und Abgrenzung vom vollendeten Suizid

Während in der älteren Literatur alle Formen der Selbstschädigung gemeinsam abgehandelt wurden, ist man heute der Ansicht, daß zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch ein grundsätzlicher Unterschied besteht. Die Bewertung dieser Unterschiede ist aber uneinheitlich und hängt von den Forschungsmethoden und Erkenntnissen der einzelnen Wissenschaftler ab. So müssen Untersuchungen, die vornehmlich die präsuizidale Situation zum Gegenstand haben, zwangsläufig zu anderen Ergebnissen führen als Untersuchungen, bei denen auch die Folgen einer Suizidhandlung im Auge behalten werden. Für die spezielle Fragestellung dieser Arbeit ist eine solche Abgrenzung von grundlegender Bedeutung.

a) Entwicklung zur Suizidhandlung

Mit dem Ziel, bessere Möglichkeiten für eine Suizidprophylaxe zu schaffen, untersuchten viele Autoren immer wieder die Bedingungen, unter denen es zu Selbstmordhandlungen kommt. Eine der dabei am häufigsten angewandte Methode ist die Befragung geretteter "Selbstmörder". Die bei solchen Explorationen gewonnenen Ergebnisse beinhalten notgedrungen Fakten, die sowohl für den Selbstmordversuch als auch für den vollendeten Selbstmord zutreffen. Auf Grund entsprechender Untersuchungen postulierte E. RINGEL ein präsuizidales Syndrom, eine neurotische Trias, welche die Entwicklung einer Persönlichkeit zum Selbstmord hin aufzeigt. Sie ist gegeben durch eine wachsende Einengung, eine verstärkte Aggression und deren Hemmung und durch eine Flucht in die Phantasiewelt. Dieses Syndrom, das in Fachkreisen allgemeine Anerkennung gefunden hat, trägt zur Entstehung des Suizidanlasses bei und verstärkt ihn dar-

über hinaus noch.

RINGEL, der der Erforschung der präsuizidalen Entwicklung große Bedeutung beimißt, gibt für den Selbstmordversuch folgende Besonderheiten gegenüber dem Selbstmord an:

- der Anteil an Psychosen ist beim Suizidversuch nur halb so groß wie beim Selbstmord;
- die altersmäßige Verteilung ist völlig verschieden (beim Selbstmordversuch größerer Anteil an 20- bis 45jährigen und geringerer Anteil an 60jährigen);
- das "präsuizidale Syndrom" ist nicht so ausgeprägt wie beim Selbstmord;
- größerer Anteil "bloßer neurotischer Reaktionen auf aktuelle Schwierigkeiten", die Persönlichkeitsentwicklung fällt nicht so sehr ins Gewicht wie bei den Selbstmorden;
- der Selbstmordversuch ist "oft das Ergebnis eines momenthaften Durchbruchs der Selbstmordtendenz", beim Selbstmord findet sich häufiger eine lange Planung;
- Unterschiede in der Wahl der Mittel;
- die selbsterhaltenden Kräfte machen sich stärker bemerkbar als beim vollendeten Selbstmord.

Auf Grund solcher Überlegungen kommt RINGEL zu folgendem Schluß: "Die beschriebenen Diskordanzen dürften es jedoch eher nicht erlauben, wenn man von den 'demonstrativen Selbstmordversuchen' absieht, einen grundsätzlichen qualitativen Unterschied zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch anzunehmen, sie sprechen vielmehr vor allem dafür, daß hier die Selbstzerstörungstendenz in verschiedener Stärke wirksam wird." [1] Dieser Schluß scheint gerechtfertigt, wenn es erlaubt ist so komplexe Reaktionsformen wie Selbstvernichtung als unmittelbaren Ausdruck einer Selbstzerstörungstendenz zu betrachten. Gerade das läßt sich aber nicht aufrechterhalten, wenn man vom isolier-

---

1) RINGEL: Neuere Untersuchungen zum Selbstmordproblem, S. 148

ten Betrachten der Suizidhandlung weggeht und sich auch der Umgebung des Suizidanten zuwendet.

b) Funktion der Suizidhandlung

In erster Annäherung kann man sagen, daß jede selbstmörderische Handlung zwei Hauptfunktionen hat: sie dient erstens der Entladung von Aggression, die sich gegen das eigene Ich gerichtet hat, und sie soll zweitens andere Menschen zur Äußerung von Sorge und Liebe und entsprechendem fürsorglichen Handeln bewegen.

Die aggressive Komponente wurde von dem Psychoanalytiker K. MENNINGER noch weiter differenziert. Danach setzt sich ein Selbstmordmotiv aus dem Wunsch zu töten, dem Wunsch getötet zu werden und dem Wunsch zu sterben zusammen. Diese Autoaggression nimmt auch in RINGELs präsuizidalem Syndrom eine zentrale Stellung ein. Um aber zutreffendere Aussagen über die nicht tödliche Suizidhandlung machen zu können, muß man sich der lebenserhaltenden Funktion solcher Verhaltensweisen zuwenden.

Diese Wirkungen sind nicht etwa ein Nebenprodukt, eine Randerscheinung einer suizidalen Handlung, sondern sie werden zielstrebig von nahezu allen Suizidanten herausgefordert. STENGEL nennt es die Appellfunktion einer Suizidhandlung, die auf den evozierten Schuldgefühlen der Angehörigen und Freunde beruht. FARBEROW und SHNEIDMAN wählten die Bezeichnung "The cry for help" womit gleichzeitig die Hilflosigkeit des Suizidanten impliziert werden soll. Der Appell ruft bei Personen, die dem Suizidanten nahestehen, Reaktionen hervor, die von Schuldgefühlen getragen sind und einer Trauerreaktion entsprechen. Die Person, die einen Suizidversuch ausgeführt hat, kann auf diese Weise erfahren, wie die Schuldgefühle der Angehörigen und Freunde durch vermehrte Zuwendung abgebaut werden. Die Appellwirkung ist dem "Lebensmüden" nicht immer gleich stark bewußt, die Skala reicht von der absichtlichen Provokation dieser Umweltreaktionen bis zum überraschten Erkennen derselben nach der Tat. Sie ist also nicht von der Absicht des Individuums abhängig, sondern vom Effekt auf die Umgebung.

Von der Appellfunktion der Suizidhandlungen ausgehend, kommt man zu einer anderen Unterscheidung zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch. Der Suizidversuch stellt sich so als eine Verhaltensform heraus, mit der eine Veränderung der Lebenssituation erreicht werden soll; er ist also dem Leben des Suizidanten dienlich. So gesehen erscheint die Ausklammerung demonstrativer Selbstmordversuche, die RINGEL getroffen hat, nicht notwendig, denn die demonstrative Suizidhandlung unterscheidet sich nur graduell von anderen Formen durch den besonders stark ausgeprägten Appell. Auch der vollendete Selbstmord hat diese appellative Funktion, wenn auch in geringerem Umfang. Das läßt sich leicht an Hand von Abschiedsbriefen beweisen.

Sowohl beim Selbstmord als auch beim Selbstmordversuch sind lebenserhaltende und selbstzerstörerische Komponenten in quantitativ unterschiedlichem Ausmaß vorhanden. Da aber bei beiden Reaktionsformen jeweils eine dieser völlig entgegengesetzt gerichteten Qualitäten überwiegt, sind beide auch als qualitativ unterschiedlich zu betrachten.

Um die Motivation von Selbstmordhandlungen angemessen beurteilen zu können, müssen noch weitere psychodynamische Aspekte beachtet werden.

Bei den meisten Selbstmordversuchen ist weder die mögliche Rettung noch ein sicherer "Erfolg" abzusehen. Das gilt nicht nur für impulsive sondern auch für "wohlüberlegte" Selbstmordakte. Vielfach werden sie ausgeführt mit dem Gedanken: "Es ist mir egal ob ich überlebe oder nicht." Besonders leicht erkennt man diesen Risikofaktor bei Vergiftungen, da die Schädlichkeit eines Toxins von nicht medizinisch geschulten Personen selbst bei bestem Willen nicht abgeschätzt werden kann. In manchen Fällen wird dann der Ausgang als ein Gottesurteil hingenommen, weshalb STENGEL u. a. von der "Gottesurteil-Funktion" der Suizidhandlungen sprechen. Damit ist auch der Kreis der Selbstschädigungshandlungen um gewisse Unfälle, bei denen der Drang Risiken einzugehen offensichtlich ist, zu erweitern.

Bei manchen Suizidhandlungen ist zu erkennen, daß sie auch eine Selbstbestrafungsfunktion haben. In solchen Fällen soll der Selbstmordversuch einem Schuldgefühl entgegenwirken. Aber Schuldgefühle können auch im Anschluß an einen

Suizidversuch entstehen, wenn dem Suizidanten die Aggressivität seiner Verhaltensweise bewußt wird.

LINDEN weist darauf hin, daß bei Patienten, welche einen Selbstmordversuch unternommen haben, auffallend häufig und deutlich Züge nachzuweisen sind, "die nicht anders als mit dem Vorhandensein von Flucht- und Ausweichtendenzen erklärt werden können". [2] Er zieht daraus die Folgerung, daß auch der Suizidversuch als Fluchtverhalten zu verstehen sei.

Bei manchen Schlafmittelintoxikationen zeigt sich, daß weder die Autoaggression, noch die Appellfunktion, noch ein Risikofaktor besonders ausgeprägt sind. Die Patienten geben an: "Ich wollte einmal richtig ausschlafen" oder: "Ich wollte einfach nichts mehr hören und sehen". In einem Seminar von FEUERLEIN wurde dieses Phänomen als Zäsur bezeichnet. Dazu ist aber zu bemerken, daß solche Erscheinungen auch durch die Fluchtfunktion eines Suizidversuchs zu erklären sind.

Durch die Kenntnis dieser dynamisch wirksamen Faktoren werden Suizidversuche leichter verständlich und erscheinen nicht mehr als eine Abortivform des Selbstmords, bei der die selbstdestruktive Komponente nicht stark genug ausgebildet ist.

Der Selbstmordversuch ist nun aber nicht für bestimmte psychiatrische Erkrankungen typisch, er kommt vielmehr bei fast allen Krankheiten vor und hat als diagnostisch verwertbares Symptom etwa den selben Stellenwert wie die Allgemeinsymptome in der Inneren Medizin, man weiß zwar, daß eine Störung vorliegt, aber man hat noch keinen Hinweis, wo die Erkrankung zu suchen ist.

2. Monomanien. Versuch einer Begriffsbestimmung

Es soll nun versucht werden, eine Form des suizidalen Verhaltens zu beschreiben, die den Monomanien sehr ähnlich ist. Wie viele andere Begriffe in der Psy-

---

2) LINDEN: S. 80

chiatrie, so ist auch der Monomaniebegriff einem stetigen Bedeutungswandel unterlegen. So scheint es erforderlich, die hier zugrunde liegende Auffassung zu umreißen.

Die eindrucksvollen Bilder der klassischen Monomanien wie Poriomanie, Pyromanie, Dipsomanie usw. sind allgemein bekannt. Durch ihr rezidivierendes Auftreten ist schon rein äußerlich eine Ähnlichkeit mit den Leidenschaften, Suchten und Perversionen gegeben. Bei KRAEPELIN werden die Monomanien unter dem Kapitel "Dranghafte Verstimmungen" aufgeführt und er unterstreicht das Vorhandensein "krankhafter Triebe". Auch ESQUIROL spricht von "mysteriösen Anomalien der Empfindungen", er sieht in den Monomanien eine Erkrankung des Willens, eine "bis zum Delir gesteigerte Leidenschaft". [3] Auch HOFF bestätigt dies, wenn er bemerkt, daß die Monomanien durch einen "unwiderstehlichen Zwang" charakterisiert sind. Übereinstimmend wird auch beschrieben, daß monomanische Handlungen oft bei reduziertem Bewußtsein oder in einem Dämmerzustand ausgeführt werden, was auch den Ausfall der Willensfunktion erklären würde. Auf Grund dieser Merkmale kann man eine Monomanie folgendermaßen beschreiben:

Es kommt zu rezidivierenden Verstimmungen, welche so intensiv sein können, daß sie mit eingeschränktem Bewußtsein einhergehen und einen Willensakt erschweren oder unmöglich machen. Um diesem unlustbetonten Zustand zu entgehen, werden unter einem starken Drang je nach Triebziel unterschiedliche Handlungen ausgeführt.

Es handelt sich also um eine Krankheitserscheinung, die Ausdruck für Störungen im conativen und affektiven Bereich der Persönlichkeit ist. Das Synonym für Monomanien "Impulsives Irresein", das KRAEPELIN benutzte, deutet schon darauf hin, daß diese Akte mit einer gewissen Heftigkeit und Schnelligkeit ablaufen. Im individuellen Fall zeigen die hier aufgeführten Faktoren eine unterschiedliche Intensität; der eine oder andere dieser Faktoren kann auch ganz fehlen.

Die verschiedenen Monomanieformen können auch nebeneinander auftreten. Sie

---

3) zit. n. LEIBBRAND/WETTLEY; S. 435

sind austauschbar, was auch bei Suchten der Fall ist. SOLMS schreibt dazu: "Es finden sich zwischen den verschiedenen Formen jeder Monomanie fließende Übergänge und enge Beziehungen zwischen den verschiedenen Monomanien."[4]

"Die Monomanien sind keine Krankheit sui generis, sie stellen ein Syndrom dar, das im Zusammenhang mit einer großen Reihe von Krankheiten vorkommt."[5] Diese Aussage von SOLMS steht im direkten Gegensatz zur früheren wissenschaftlichen Psychiatrie, welche "die inhaltlich charakterisierten Handlungsweisen benannte und als Krankheiten klassifizierte".[6] Die Tatsache, daß die Monomanien keine Krankheit, sondern Syndrom darstellen, hat sich heute nicht mehr allgemein durchgesetzt, und der Begriff wird in neueren Lehrbüchern nur noch als Rarität am Rande erwähnt.

Bei welchen Krankheiten kommen nun Monomanien vor? Sie sind bei vielen psychiatrischen Krankheitsbildern zu finden: bei organischen Erkrankungen ebenso wie bei Psychosen und nicht psychotischen Zustandsbildern. Es wird auch eine Häufung dieses Symptoms bei Kindern und Pubertierenden angegeben, eine Tatsache, die Monomanien als eine Art unreifer Reaktionsform erscheinen läßt. SOLMS und HOFF sehen deutliche Beziehungen zum Manisch-Depressiven Irresein. HOFF meint aber, daß der größere Teil der Monomaniker unter den Neurotikern und Psychopathen zu finden ist. Hier sind es vor allem die Hysterie, die Zwangsneurose und die willensschwachen, haltlosen psychopathischen Versager (DIETRICH), die mit den Monomanien in Zusammenhang gebracht werden. Monomanien können aber auch bei Schizophrenie, Debilität, Demenz und als epileptisches Äquivalent in Erscheinung treten.

Vor diesem bunten Hintergrund psychiatrischer Klassifizierungen ist keine Erklärung für die Entstehung einer Monomanie zu finden, hier kann aber eine psychodynamische Betrachtungsweise weiterhelfen.

Durch Störungen in den verschiedenen Phasen der Libidoentwicklung, kann es zu einer Fehlorganisation im Triebbereich kommen, so daß auf diese Weise ein

---

4) SOLMS; S. 189

5) aaO. S. 189

6) JASPERS; S. 234

Partialtrieb eine energetisch dominierende Rolle einnehmen und zur ausschließlichen Quelle der Lustbefriedigung werden kann. DIETRICH schreibt, daß sich alle Perversionen, Monomanien, Süchte und Leidenschaften auf diese Partialtriebe zurückführen lassen. Eine Monomanie tritt dann in Erscheinung, wenn das ICH im Umgang mit diesen Triebimpulsen versagt, sie setzt also eine ICH-Schwäche voraus. Das ICH wird aber auch gegenüber dem Über-ICH eine erschwerte Position einnehmen, denn dieses wird je nach seiner Ausprägung eine mehr oder minder stark kontrastierende Reaktion gegenüber den ES-Regungen zeigen. Die Spannungen die sich daraus zwischen dem ICH und dem Über-ICH ergeben werden zu Schuldgefühlen. "Die Impulshandlung tut damit nicht nur den ES-Regungen in entstellter und unterdrückter Form Genüge, sondern auch gleichzeitig dem strengen Über-ICH. Dies wäre ein Ablauf, der einer Neurose entspricht." (FENICHEL) [7] DIETRICH stellt Aggression und Schuldgefühl, Sadismus und Masochismus als die Pole dieses psychodynamischen Systems hin, "... in dem jeder der beiden Pole dem ICH als Abwehrmittel gegen den anderen dient". [8] Die einzelnen Monomanien unterscheiden sich nach den dominierenden Partialtrieben und "durch die Art der Über-ICH-Funktion in vorwiegend neurotische, psychopathische oder perversionsähnliche Formen" (SOLMS) [9], und sie können bei allen Erkrankungen auftreten, bei denen eine Schwäche der ICH-Funktion auf organischer oder psychogener Basis zu finden ist.

Diese Begriffsbestimmung der Monomanien wurde für notwendig erachtet, um eine gute Verständigungsbasis herzustellen. Besonders den seltener gebrauchten Begriffen liegen häufig verschiedene Auffassungen zugrunde. So findet sich bei RINGEL im Zusammenhang mit "Selbstmordfamilien" folgender Satz: "Aus einem der kompliziertesten psychopathologischen Phänomene - eben dem Selbstmord - kann man nicht eine erbliche Monomanie machen." [10] Es ist sicher richtig, daß Selbstmord nicht vererbbar ist, aber RINGEL benützt hier den Monomanie-

---

7) zit. n. SOLMS; S. 186

8) DIETRICH; S. 20

9) SOLMS, S. 189

10) RINGEL: Der Selbstmord, Abschluß e. krankh. psych. Entwickl., S. 201

begriff in einer Bedeutung, die er einmal zu seiner Entstehungszeit hatte. In ein ähnliches Dilemma käme man, wenn man den Neurosenbegriff heute noch im Sinne CULLENs verstehen wollte.

II. Beziehungen zwischen monomanischem und suizidalem Verhalten

Es mag ungewöhnlich erscheinen, daß zwischen einer Suizidhandlung und einer Leidenschaft Zusammenhänge bestehen. Erinnert man sich aber wieder daran, daß, wie schon ausgeführt wurde, der Selbstmordversuch keineswegs nur auf die Selbstvernichtung hinzielt, so hält man eine Verwandtschaft mit den Monomanien eher für möglich.

KRAEPELIN stellt solche Beziehungen her, wenn er in seinem Lehrbuch den Selbstmord gemeinsam mit dem Perversionen, den Suchten, dem Sammeltrieb, dem Stehltrieb und dem Brandstiftungstrieb unter dem Kapitel "Krankhafte Triebe" abhandelt. Er hält dabei besonders die haltlosen Psychopathen für gefährdet, von denen wie bereits erwähnt, auch monomanische Handlungen häufiger zu erwarten sind. "Haltlose und erregbare Menschen greifen mitunter schon bei den leisesten Schwierigkeiten zu diesem Auskunftsmittel, und wenn zumeist die Versuche wenig ernster Natur bleiben und mehr eine Wirkung auf die Umgebung beabsichtigen, so enden doch zahlreiche Psychopathen tatsächlich durch eigene Hand, gelegentlich nach sehr häufigen oberflächlichen unernsten Versuchen." [11)]

Auch aus psychoanalytischer Sicht läßt sich zeigen, daß bei monomanischen und siuzidalen Verhaltensformen mit den gleichen psychodynamischen Kräften zu rechnen ist. MENNINGER, der dem v. FREUD postulierten Todestrieb große Aufmerksamkeit widmete, stellte diesen Zusammenhang mehrfach heraus: "Selbstzerstörerische Tendenzen treten selten unverhüllt auf, sie sind gewöhnlich maskiert oder wenigstens verschleiert und bis zu einem gewissen Grad denaturiert. Aber sie stecken hinter vielen mehr oder minder tolerierten Verhaltensarten - Alkoholismus, Spielleidenschaft, Asketizismus, Märtyrertum, Fanatismus, motorisiertem Herumrasen, sexuellen Perversionen und Exzessen und auch hinter vielen Arten psychischer Leiden." [12)] Es ist dabei nur von sekundärer

---

11) KRAEPELIN; S. 563

12) MENNINGER; S. 291

Bedeutung, ob die hier wirksame selbstzerstörerische Kraft eine Triebqualität im Sinne FREUDs besitzt, was heute heftig umstritten ist.

STENGEL weist auf eine Beobachtung hin, durch die die Beziehungen zwischen Suizidversuch und Monomanie noch offensichtlicher in Erscheinung treten. Er beschreibt Situationen, in denen ein Mensch mit der unbestimmten Absicht, sich das Leben zu nehmen, von zu Hause weggeht. Dabei wird die anfängliche Intention immer schwächer, der Selbstmordimpuls wandelt sich zur poriomanen Attacke, und der Mensch findet sich nach ein paar Stunden oder Tagen an einem anderen Ort wieder. "Dieser Zustand der 'Fugue', des 'pathologischen Wanderns', ist das bekannteste Beispiel für die Umwandlung eines Selbstmordtriebes in eine andere Aktionsform in einem veränderten Bewußtseinszustand." [13] STENGEL bezeichnet derartige Symptome als "Selbstmordäquivalente"; sie können als psychologischer Abwehrmechanismus gegen den Selbstmordimpuls angesehen werden. Der Suizid wie auch der Suizidversuch können also gegen eine monomanische Reaktionsweise ausgetauscht werden.

SOLMS weist darauf hin, daß die poriomane Attacke eine "Flucht aus der Welt in die Phantasie" bedeutet. Diese Realitätsflucht stellt aber auch einen Faktor im "präsuizidalen Syndrom" RINGELs dar, und sie könnte sich ebenso, wie im Suizid und in der Poriomanie, auch in Tagträumereien, im Oblomowismus, in bestimmten Depressionen oder auch psychogenen Erkrankungen Ausdruck verschaffen. Daher meint SOLMS, es sei eine Frage der Neurosenwahl, welcher Weg schließlich eingeschlagen würde. Der Unterschied zwischen der Fugue und dem Suizid liegt seiner Ansicht nach in einer quantitativen Verschiebung der Aggression. "In beiden Fällen wird die Aggression nach innen und nach außen gerichtet, aber die Relation ist verschieden. Die Relation zwischen Aggression nach innen und nach außen verschiebt sich im Lauf der Zeit. Die Unannehmlichkeit des Weglaufens ist anfänglich wesentlich geringer als die erwartete oder reale Reaktion bei den Angehörigen; mit der Zeit wird sich aber diese Waffe abnützen, und mit der Wiederholung (Bahnung) des Vorganges werden auch die Schä-

---

13) STENGEL; Selbstmord und Selbstmordversuch. 1969, S. 118

digungen der eigenen Person in sozialer Hinsicht wie in den Beziehungen zur sozialen Umwelt schwerer. Das ist allerdings bei mehrfachen Suizidversuchen ähnlich." [14] Es sei in diesem Zusammenhang noch darauf hingewiesen, daß Weggehen und Sterben in der kindlichen Phantasie und im Traum dasselbe bedeuten.

Bei diesen Ausführungen ist zu erkennen, daß auch bei den Monomanien zwei Merkmale des präsuizidalen Syndroms zu finden sind, die Aggression und die Autoaggression, sowie die Flucht in die Phantasiewelt. Auch die dritte Komponente, die Einengung, ist gegeben, sie findet sich einmal als dynamische Einengung durch die mächtigen ES-Impulse, die von der gleichzeitig bestehenden ICH-Schwäche nicht mehr abgewehrt werden können, und auch als situative Einengung im Verlaufe einer Leidenschaft. So werden Monomane, Süchtige oder Perverse bald zu Außenseitern, eine Tatsache, die gleichzeitig die dynamische Einengung verstärkt. Dieser Zustand ist bei Süchtigen als Depravationssyndrom bekannt.

Das phänomenologisch wichtigste gemeinsame Merkmal der Monomanien ist der Rezidivismus. Aus diesem Grund werden zu einem Vergleich mit suizidalen Reaktionsformen nur rezidivierend auftretende Selbstmordversuche herangezogen.

Welche Umstände führen nun dazu, daß ein Patient immer wieder eine Selbstmordhandlung unternimmt? Man ist es gewohnt zu sehen, daß die kathartische Wirkung eines Suizidversuchs ausreicht, um die Selbstmordtendenz für immer abzubauen. Offensichtlich werden bei den Wiederholungsfällen die Funktionen des Selbstmordversuchs nicht erfüllt. So kann es sein, daß ein großes, nach außen oder nach innen gerichtetes Aggressionspotential nicht entsprechend abgebaut wird oder die Appellfunktion des Selbstmordversuchs versagt, wodurch die Einengung aufrechterhalten bleibt. In solchen Fällen persistiert das "präsuizididale Syndrom", das eigentliche Bedürfnis, das dem Selbstmordversuch voranging, konnte nicht dauerhaft befriedigt werden womit erneut die Voraus-

---

14) SOLMS; S. 184

setzungen für das Auftreten eines Selbstmordimpulses gegeben sind. STENGEL bestätigt dies: "Wenn ein Selbstmordversuch keine Veränderung im Zustand des Individuums und seiner Beziehung zur Umwelt zur Folge hat, ist die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung offenbar größer als wenn dies der Fall ist." [15] Weiter hebt er hervor, daß für diese "wirklich erfolglosen Suizidversuche" besonders das Versagen der Alarmfunktion von Bedeutung ist. Der Anstoß zur Wiederholung einer Suizidhandlung kann einerseits aus der negativen Reaktion der Umgebung kommen, andererseits aber auch in den hochgeschraubten Erwartungen des Suizidanten begründet sein. Meist aber werden beide Faktoren zusammen wirksam sein, so daß daraus ein Vorgang resultiert, den MENNINGER bei den "Kontrollstörungen dritter Ordnung" beschrieben hat: "Die Anpassungsaufgaben des ICH waren vermutlich schon schwer genug, jetzt werden sie noch schwerer. Daß das Leben schwieriger wird, ist einer der Gründe, warum Phänomene 'dritter Ordnung', nachdem sie erst einmal aufgetreten sind, zur Wiederholung neigen." [16]

Nach etwa einem Fünftel aller Selbstmordversuche ist mit einem Rezidiv zu rechnen. Doch diese Zahl bietet nur eine grobe Orientierung. Sie wurde aus einer Reihe von Untersuchungen ermittelt, deren Ergebnisse stark divergieren. Hier seien Prozentzahlen über die Häufigkeit wiederholter Selbstmordversuche aus einigen Arbeiten genannt:

KESSEL/Mc. CULLOCH:	19 % aller SMV
LINDEN:	22,4 % " "
BALFOUR/SCALE/HAMILTON:	20 % " "
Mc. CULLOCH/PHILIP/CARSTAIRS:	24,5 % " "
WHITLOCK/SHAPIRA:	34 % " "
KOCKOTT/HEYSE/FEUERLEIN:	31 % " "
THOMAS:	10 - 20 % aller SMV
WIELE:	4 % aller SMV
PÖLDINGER:	9,1 % " "

---

15) STENGEL; Selbstmord und Selbstmordversuch in: Psychiatrie der Gegenwart, S. 68

16) MENNINGER; S. 255

In der ausführlichen statistischen Arbeit PÖLDINGERs findet sich auch eine diagnostische Aufschlüsselung, in der sich interessanterweise zeigt, daß die meisten Selbstmordversuche in absteigender Häufigkeit von Neurotikern, Toxikomanen, Psychopathen und Alkoholikern verübt werden, dann erst folgen die endogenen Depressionen. Ein Vergleich mit den anderen Arbeiten muß unterbleiben, da die Kriterien der Diagnose zu sehr differieren.

III. Fallvorstellungen

Aus dem Krankengut der Universitäts-Nervenklinik München habe ich die Krankenberichte von Suizidpatienten durchgesehen, die dort in einem Zeitraum von 10 Jahren (1959 - 1969) zur Aufnahme kamen. Insgesamt waren es 139 Patienten, die nach einem Selbstmordversuch in diese Klinik eingeliefert wurden, davon 82 Frauen und 57 Männer. Von diesen Berichten fielen 11 dadurch auf, daß eine besonders starke Anfälligkeit für suizidales Verhalten bestand und es zu mehrfachen Suizidversuchen kam, so daß diese Reaktionsform wie eine Monomanie erscheint. Ein zwölfter Patient befand sich zur Zeit der Abfassung dieser Arbeit gerade in stationärer Behandlung, und ich war so in der Lage ihn selbst zu explorieren.

Der relativ niedrige Anteil an wiederholten Suizidhandlungen (8 %) beruht darauf, daß psychotische Patienten und Fälle, bei denen auch objektiv Extremsituationen zu erkennen waren und somit also nicht von einer Suizidanfälligkeit gesprochen werden konnte, nicht in die Untersuchung mit einbezogen wurden. Aber die Feststellung früherer Selbstmordversuche allein macht schon erhebliche Schwierigkeiten, denn der Suizidversuch gehört zu den Handlungen, die, wenn möglich, verschwiegen werden. Das kann aus Scham erfolgen oder aus der Befürchtung, daß der gewünschte Effekt auf die Umgebung nachlassen könnte. Der Arzt aber muß sich auf die Angaben des Patienten und seiner Angehörigen verlassen, aber auch hier tauchen schon Differenzen auf. Auch ergibt sich selten die Möglichkeit, aus anderen Kliniken oder von praktizierenden Ärzten Angaben über frühere Suizidversuche zu erhalten, ganz abgesehen davon, daß nicht jede Selbstmordhandlung zu einer Klinikaufnahme führt. Aus diesen Gründen ist anzunehmen, daß auch bei wiederholten Selbstmordversuchen schwer abschätzbare Dunkelziffern bestehen und daß die von einem Patienten angegebene Anzahl von Suizidhandlungen kaum übertrieben sind.

Die Ausführlichkeit der hier zur Diskussion gestellten Krankengeschichten hängt natürlich davon ab, wie lange sich die betreffenden Patienten in stationärer Behandlung befanden und welche Bedeutung der berichtende Arzt dieser starken Tendenz, mit Selbstmordversuchen zu reagieren, beimaß.

Fall 1

Bei der jetzt 34jährigen Frau A fehlen Angaben zur Kindheitsgeschichte. Frau A ist seit 10 Jahren mit einem Gärtner verheiratet und hat 2 Kinder im Alter von 9 und 5 Jahren. Die Ehe sei die ersten 5 Jahre gut gewesen aber in etwas dürftigen Verhältnissen, so daß Frau A zeitweise als Hilfsarbeiterin mitverdienen mußte.

Die Schwierigkeiten beginnen, als ihr Mann vor 5 Jahren ein Verhältnis mit einem 18jährigen Mädchen anfängt. (Er selbst gibt an, durch das Verhalten der Frau dazu getrieben worden zu sein.) Seither kommt es in dieser Ehe zu andauernden häuslichen Auseinandersetzungen. Nachdem Frau A von dem Verhältnis erfahren hat, setzt sie ihrem Mann immer wieder zu, ihm alle Einzelheiten zu schildern, und, obwohl sie die Schilderungen nicht ertragen kann, gibt sie ihr Drängen nicht auf, bis er einwilligt. Die Streitigkeiten werden immer häufiger und handgreiflicher. Als Herr A schließlich die Scheidung vorschlägt, obwohl die Verbindung zur ehemaligen Geliebten schon abgebrochen war, lehnt sie ab, weil sie ihren Mann nicht verlieren will.

Durch die häufigen Streitereien beunruhigt, erstatten die Nachbarn in Sorge um die Kinder Anzeige. Ein Arzt einer Heil- und Pflegeanstalt überprüft, ob ihre Einweisung erforderlich ist; eine solche unterbleibt dann aber.

Die Patientin schildert nur ihre beiden letzten Suizidversuche, ihr Gatte und ein Nervenfacharzt ihres Heimatortes berichten noch über weitere suizidale Gesten und Handlungen. Schon ein Jahr vor ihrer Aufnahme hat sie zwei Selbstmordversuche verübt, mit etwa 6 bis 7 Schlaftabletten; einmal häuft sie zusätzlich mehrere leere Schlafmittelverpackungen auf das Nachttischchen, ohne aber davon genommen zu haben. Sie macht mehrmals den Versuch, sich die Pulsadern aufzuschneiden, fügt sich aber nur leichte Kratzer zu. Sie droht wiederholte Male, aus dem Fenster zu springen, wartet aber dabei immer darauf, daß sie hereingezogen wird und verlacht dann den Ehemann wegen seiner Angst. Nach einer Megaphenkur und räumlicher Trennung von ihrem Mann wird sie unauffällig im Verhalten. Nach ihrer Rückkehr aber folgt ein erneuter Selbstmordversuch mit Schlaftabletten (6 Stück). Als daraufhin ihr Mann am folgenden Tag ohne sie

wegfahren will, nimmt sie weitere 15 Schlaftabletten. Sie wird in ein Krankenhaus gebracht, aber nach einer Magenspülung wieder entlassen. Zuhause angekommen gibt es erneute Streitigkeiten, wobei es immer noch um das längst beendete Verhältnis des Mannes geht. Sie droht wieder, sich aus dem Fenster zu stürzen, läßt sich aber noch einmal davon abhalten. Als Herr A am folgenden Tag wieder im Begriff ist ohne sie wegzufahren (vgl. Ähnlichkeit mit den früheren Versuchen), stürzt sie sich aus dem Fenster (7 Meter). Sie zieht sich dabei Frakturen an beiden Fersenbeinen und eine Kompressionsfraktur der Lendenwirbelsäule zu.

Der Nervenfacharzt, der Frau A zunächst behandelt, berichtet, sie weise psychopathische Züge auf, sie zeige ein deutliches Geltungsbedürfnis, eine Neigung zu reaktiven, agitierten Verstimmungszuständen und Hypersexualität mit sadistischen Zügen. Bei der psychiatrischen Untersuchung in der Nervenklinik stellt sich dann heraus, daß ihr Sturz nicht beabsichtigt war. Die Suizidgeste entglitt ihr vielmehr, da sie noch unter den Nachwirkungen der vorhergehenden Schlafmittelintoxikation stand.

In der Klinik erstellte Diagnose: Abnorme Reaktion.

Fall 2

Die 33jährige Frau B wächst als Tochter eines Hilfsarbeiterehepaares unter 4 Geschwistern auf. Bis zu ihrem 9. Lebensjahr sind keine Besonderheiten bekannt, dann erkrankt sie an einer Hüftgelenksentzündung und muß 3 Jahre lang in eine stationäre orthopädische Behandlung. Ihre Krankheit hat zur Folge, daß ein Bein um 7 cm kürzer bleibt. Dadurch ist die Patientin sehr behindert und wird aus diesem Grund von den Eltern sehr verwöhnt. Ihre Schulausbildung bleibt unvollständig. Die Schwester der Patientin schildert Frau B trotzdem als sehr lebenslustig, während diese sich selbst als "schwermütig" bezeichnet. Sie arbeitet später in verschiedenen Betrieben als Hilfsarbeiterin.

Mit 30 Jahren lernt Frau B einen Maschinenschlosser kennen, den sie ein halbes Jahr später heiratet. Schon vor der Eheschließung kommt es zwischen den bei-

der zu Auseinandersetzungen, in deren Gefolge die Patientin einen Suizidversuch mit Gas unternimmt. Die Ehe bringt große Belastungen für Frau B mit sich. Ihr Mann, der als willensschwache Persönlichkeit geschildert wird, spricht dem Alkohol zu und kommt, da er nicht besonders trinkfest ist, des öfteren betrunken nach Hause. Zudem steht er sehr unter dem Einfluß seiner Mutter und seines Bruders, welche die Patientin stark ablehnen. Frau B will nie mit ihrem Manne ausgehen, sondern versucht, ihn immer wieder zuhause zu halten, unter anderem auch mit mehreren Suizidversuchen. Als er einmal mit seinem Bruder wegfährt - Patientin wollte nicht mitkommen, da sie seinen Bruder nicht leiden konnte - findet er sie abends mit Schnittwunden in der Pulsadergegend vor. Ein andermal unternimmt sie in seiner Abwesenheit einen Selbstmordversuch mit Schlaftabletten; ein Arzt wird aber nicht geholt.

6 Monate vor ihrer Aufnahme in die Klinik dreht Frau B kurz vor der Heimkehr ihres Mannes wieder den Gashahn auf. Dem Suizidversuch, der zur Einweisung in die Klinik führt, gehen Streitereien zwischen dem Mann und den Angehörigen der Patientin voraus. Sie unternimmt ihren 4. Suizidversuch, indem sie etwa 20 Tabletten unbekannter Herkunft schluckt und wieder versucht, die Pulsadern zu durchtrennen. In 2 Abschiedsbriefen an ihre Angehörigen weist sie diese an, ihre eigenen Sachen zurückzuholen. Ihr Mann, der Frau B bald darauf findet, alarmiert die Funkstreife, die Patientin in die Klinik zu bringen.

Im Lauf der Untersuchung macht sich bemerkbar, daß Frau B stets danach trachtet, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Sie scheint der Aufgabe, ihre Ehekrise zu bewältigen, nicht gewachsen. Die Patientin wird entlassen, nachdem eine akute Selbstgefährdung nicht mehr gegeben ist.

In der Klinik erstellte Diagnose: Suizidversuch, Ehekonflikt einer infantilen, asthenischen Persönlichkeit.

Fall 3

Von Frau C ist nur wenig zu ihrer Vorgeschichte zu erfahren. Sie studiert Jura und anschließend Medizin und heiratet 32jährig ein zweites Mal, nachdem ihr

erster Mann im Krieg gefallen war. Sie hat jetzt zwei Kinder im Alter von 19 und 17 Jahren. Ihr Mann, der ein Lehramt an einer Hochschule hat, schildert, daß seine Frau schon seit Jahren zu überschießenden Reaktionen neigt. Sie leidet häufig unter unbeeinflußbaren vegetativen Beschwerden und hat auch früher schon mehrmals einen Selbstmordversuch verübt, die aber anfangs nicht sehr gefährlich schienen. Frau C gibt als Gründe hierfür immer eheliche Schwierigkeiten an.

In den letzten 2 Jahren vor der Untersuchung spitzt sich die Lage zu. Frau C ist von starken klimakterischen Beschwerden geplagt, leidet unter Schweißausbrüchen und Schlaflosigkeit (Menopause mit 38 Jahren). Die Patientin ist auf eine intensive Kommunikation angewiesen, ihr Mann kommt ihr jedoch dabei wenig entgegen, sondern kapselt sich lieber ab. Frau C möchte an allen beruflichen Aufgaben und Entscheidungen ihres Mannes teilnehmen und beklagt sich darüber, daß er nie etwa davon erzählt.

4 Wochen vor ihrer Aufnahme macht sie einen Suizidversuch mit 4 Ampullen Dolantin und wird erst so spät gefunden, daß schon eine künstliche Beatmung erforderlich ist; im Verlauf der Behandlung entwickelt sich noch eine Aspirationspneumonie. Als die Patientin nach zwei Wochen aus dem Krankenhaus entlassen wird, fährt ihr Mann für 8 Tage allein in Urlaub, um sich von der vorangegangenen Aufregung zu erholen. In dieser Zeit verübt Frau C wieder einen wenn auch harmloseren Suizidversuch. Nach der Rückkehr des Ehemannes fahren beide zu einer Kur in ein Sanatorium. Dort treten sehr bald wieder Differenzen auf, und Frau C nutzt einen kurzen Augenblick des Alleinseins aus, um sich erneut Dolantin zu spritzen (5 Ampullen). Sie kann aber sofort in ein Krankenhaus gebracht und behandelt werden. Dort wird sie aber sehr auffällig und versucht, sich nach mehreren Suizidgesten an einem Bettuch zu erhängen. Daraufhin wird sie in die Münchener Nervenklinik gebracht.

Bei der Untersuchung fallen psychopathische Persönlichkeitszüge auf; es kann keine reaktive Depression festgestellt werden. Außerdem ist zu bemerken, daß ihre abnormen Reaktionsweisen stark auf einen Effekt bei der Umgebung abzielen.

In der Klinik erstellte Diagnose: Selbstmordversuch als abnorme Reaktion.

Fall 4

Die 36jährige Frau D wächst mit zwei jüngeren Brüdern bei wohlhabenden Eltern auf. Der Vater ist Direktor einer Filmgesellschaft, die Mutter ist adeliger Herkunft. Die Patientin besucht ein Realgymnasium, das sie mit dem Abitur abschließt. Anschließend absolviert sie eine Frauenfachschule. Mit 20 Jahren heiratet sie einen etwa gleichaltrigen sehr reichen Gutsbesitzer. Nach 4 Jahren - der Mann war inzwischen zum Kriegsversehrten geworden - wird diese Ehe geschieden. Frau D macht nun das Dolmetscherexamen und arbeitet etwa 2 Jahre bei einer Militärdienststelle der amerikanischen Besatzungsmacht. In dieser Zeit lebt sie mit einem älteren Offizier zusammen und begeht aus Eifersucht (genaueres ist nicht zu erfahren) einen Selbstmordversuch, indem sie sich aus einem Fenster im ersten Stock stürzt.

Später beginnt Frau D ein Journalistikstudium in Amerika und arbeitet dort anschließend in verschiedenen Stellungen. Als der mit ihr befreundete etwas jüngere Amerikaner ihr mitteilt, daß er sie nicht heiraten werde, macht sie einen erneuten Selbstmordversuch mit Schlaftabletten. Im Anschluß daran kehrt die jetzt 36jährige wieder nach Deutschland zurück. Schon bei ihrer Ankunft besorgt sie sich "für alle Notfälle" 2 Flaschen Somnifen Sie wohnt zunächst bei ihrem Bruder und dann bei einem befreundeten Arzt, den sie schon seit 17 Jahren kennt. Dieser Arzt lebt getrennt von seiner Frau, er will sich scheiden lassen und beabsichtigt, Frau D zu heiraten. Es kommt aber bald zu Auseinandersetzungen, da die Patientin sich vernachlässigt fühlt. Nach Angaben dieses Arztes ist sie sehr eifersüchtig auf dessen Mutter, dessen Tochter und sogar auf dessen Hund. Aus diesem Grund nimmt sei eines Tages die 2 Flaschen Somnifen zu sich. Die Suizidhandlung scheint die erwünschte Wirkung zu haben, aber schon 4 Monate später, als der Arzt eine Sprechstundenhilfe einstellen will, gibt es erneut Differenzen, da Frau D, die zu dieser Zeit noch als Sekretärin arbeitet, diese Stellung selbst übernehmen will. Im Lauf der Auseinandersetzung reist

sie ab unter dem Vorwand, für einige Tage Urlaub zu machen. Sie kommt aber nach München, wo sie in der Silvesternacht in einem Hotelzimmer einen 4. Selbstmordversuch mit Somnifen unternimmt, dabei hinterläßt sie einen Brief an ihren Freund. Sie wird in bewußtlosem Zustand in die Universitätsnervenklinik eingeliefert.

Die Suizidversuche bewirken, daß sich ihr Freund und auch die Familie weiter von ihr distanzieren. Bei der Exploration ist zu erfahren, daß die Patientin als zusätzliche Ausweichmöglichkeit ständig ihr Einreisevisum in die USA erneuern ließ. Der untersuchende Arzt bezeichnet die Patientin als "eine etwas labile und temperamentvolle Persönlichkeit ".

In der Klinik erstellte Diagnose: reaktive Verstimmung, Suizidversuch.

Fall 5

Fräulein E ist die Tochter eines Fabrikanten und hat noch zwei jüngere Geschwister. Sie erzählt, daß sie mit dem Vater relativ gut auskommt, daß dieser aber unter dem beherrschenden Einfluß der tyrannischen Mutter stünde. Die Patientin meint, sie sei der Mutter ganz ähnlich. Nach 6 Klassen Volksschule besucht Frl. E eine von Ordensschwestern geleitete Oberschule. Sie hat besonderes Interesse für die Naturwissenschaften und bezeichnet sich selbst als faul. Wegen mehrmaligen Schulschwänzens muß sie diese Schule vorzeitig verlassen. Aus diesem Grund unternimmt die 16jährige mit Tabletten einen Suizidversuch, der keinen Krankenhausaufenthalt zur Folge hat. Frl. E bezeichnet diesen Versuch selbst als eine Dummheit.

Da die Eltern von ihr das Abitur fordern, geht sie nochmals zwei Jahre lang auf ein anderes Gymnasium. In dieser Zeit verliebt sie sich in einen Medizinstudenten; beide treffen sich bald täglich, und es kommt auch zu intimen Beziehungen. Die daraus folgende Schwangerschaft endet mit einem Abort. Die Eltern, die bisher über die Intimität dieser Bekanntschaft völlig im Unklaren waren, mißbilligen das Verhältnis und veranlassen die Eltern des Studenten, ihn an eine andere Hochschule zu versetzen. Jetzt bricht auch Frl. E ihre Schulausbildung

noch vor dem Abitur ab, um eine Schule für Arzthelferinnen zu besuchen. Durch ihren Schulwechsel ist die Patientin nicht ständig an ihrem Heimatort und kann so, ohne daß es den Eltern auffällt, immer wieder zu ihrem Freund fahren. Sie hat den festen Wunsch, ihn zu heiraten, obwohl der Student sich eher zurückhaltend zu dieser Absicht verhält. Auch zeigt die Patientin öfters demonstrative Verhaltensweisen, wie psychogene Atemnot und Suiziddrohungen, so daß seine Haltung ihr gegenüber immer ablehnender wird.

Im Jahr vor der Klinikaufnahme fährt sie auf eine Einladung ihres Freundes hin an den Bodensee, wo dieser gerade Urlaub macht. Dort nimmt sie, obwohl sie sich gut verstehen und es zu keinem Streit kommt, in einer Nacht eine Überdosis Tabletten ein, die sie von zuhause mitgebracht hat. Der Student muß die Patientin unter großen Schwierigkeiten ins Elternhaus zurückbringen. In der darauffolgenden Zeit werden die Auseinandersetzungen mit den Eltern immer heftiger, bis sie ihm nach einem halben Jahr mit einer Anzeige drohen, wenn er die noch minderjährige Tochter noch einmal treffen sollte. Als Frl. E das hört, fährt sie sofort wieder zu ihrem Freund, nachdem sie sich zahlreiche Tabletten gekauft hat. Es kommt diesmal zu Mißverständnissen, da sie merkt, daß er ihrem Heiratswunsch offensichtlich ausweicht und unternimmt, als der Student gerade im Kolleg ist, in seinem Zimmer einen dritten Selbstmordversuch mit Tabletten.

Daraufhin kommt sie in die Nervenklinik zur Untersuchung. Hier betont sie ständig, daß sie einen weiteren Suizidversuch unternehmen will, sollte der Freund sie im Stich lassen. Ihr Geliebter wendet sich daraufhin völlig von ihr ab, was eine erneute Suizidgefahr bedeutet. Nach etwa 2 Wochen Klinikaufenthalt scheint Frl. E alles überwunden zu haben und wird in heiterem Zustand nach Hause entlassen. Sie soll nach 8 Tagen wieder vorgestellt werden, was sie aber nicht befolgt. 14 Tage nach ihrer Entlassung begeht die 20jährige eine 4. Suizidhandlung, die tödlich endet.

Der untersuchende Arzt berichtet: "Im psychischen Verhalten der Patientin, ebenso wie bei Betrachtung der Anamnese konnte ein gewisses, gelegentlich hysterisches Verhalten festgestellt werden."

Fall 6

Frau F wächst in anscheinend gutsituierten Verhältnissen auf. Die Ehe ihrer Eltern ist dysharmonisch und wird, als Frau F 12 Jahre alt ist, geschieden. Sie bleibt bei der Mutter, obwohl sie den Vater lieber mag. Diese Tatsache, meint F, habe ihr die ganze Jugend vergällt. Nach 4 Klassen Volksschule besucht sie mit gutem Erfolg 6 Klassen einer Lehrerbildungsanstalt und anschließend eine Schauspielschule. Mit 17 Jahren heiratet sie einen um 16 Jahre älteren Schauspieler, mit dem sie sich aber nie so richtig versteht, es sei mehr eine "schwesterliche Zuneigung" gewesen, meint Frau F. Nach 2 Jahren wird diese Ehe wegen beiderseitigen Nichtverstehens geschieden. Die freundschaftlichen Beziehungen werden aber aufrecht erhalten, und 20jährig heiratet sie den gleichen Mann noch einmal. Sie arbeitet zu dieser Zeit als Filmschauspielerin und ist in ihren Vorgesetzten, einen "Mann, von dem sie seit ihrer Mädchenzeit träume", verliebt. Als dieser nach einem schweren Autounfall in desorientiertem Zustand in einer Klinik liegt, unternimmt sie nach einem Besuch bei ihm einen Selbstmordversuch mit Schlaftabletten. Sie wollte eigentlich nicht sterben, es sei lediglich eine Momentreaktion gewesen. 22jährig hat Frau F nach einem Sturz einen Abort. Im Anschluß daran verübt sie einen zweiten Selbstmordversuch mit Schlaftabletten, weil sie "mit den Nerven völlig fertig war". Die Ehe mit dem Schauspieler ist auch beim zweiten Mal nicht von Dauer und wird nach 3 Jahren erneut geschieden.

Zu der Zeit lebt die Patientin schon mit einem Verlagskaufmann zusammen, den sie ein Jahr später heiratet. In der Zwischenzeit entbindet sie ein Kind, das zur Zeit der Aufnahme im Kinderheim lebt. Auch diese Ehe bringt große Schwierigkeiten mit sich. Frau F befindet sich oft auf Tournee, und die kurzen gemeinsamen Aufenthalte sind von großen Spannungen und Zerwürfnissen begleitet, die oft damit enden, daß sie sich zu Bekannten zurückzieht. Nach einer dieser heftigen Auseinandersetzungen bringt sie sich Schnitte an den Handgelenken bei. Sie wird in eine Nervenklinik eingeliefert, auf eigenes Drängen aber bald wieder entlassen.

Während dieser ganzen Zeit bricht die Verbindung mit dem geliebten Vorgesetzte nicht ab. Bald steht auch ihre dritte Ehe vor der Scheidung, ihr Mann löst die

gemeinsame Wohnung auf. Am Tage vor ihrem letzten Suizidversuch geht ihr ein jahrelang gehegter Wunsch in Erfüllung: sie ist mit dem geliebten Mann zusammen. Diese Freude wird ihr aber am folgenden Tag zerschlagen, als sie von einer beruflichen Pleite ihres Geliebten erfährt. Das Leben erscheint ihr jetzt unerträglich, und sie nimmt 55 Phanodorm-Tabletten. Sie wird bewußtlos in ihrem Hotelzimmer aufgefunden und in die Klinik gebracht.

Bei der Exploration war zu erfahren, daß Frau F seit Jahren Pervitin zu sich nimmt und in einem Kreis pervitinsüchtiger Schauspieler verkehrt. Die Patientin findet nichts besonderes dabei, schon 4 Selbstmordversuche verübt zu haben. Sie meint, das seien Kurzschlußhandlungen gewesen. Frau F gibt auch zu, es jedesmal sehr genossen zu haben, beachtet und bemitleidet zu werden. Sie möchte ihr Leben "nach ihrem eigenen Kopf, ohne Rücksicht auf äußere Formen und auf andere" gestalten. Ihre Schilderungen klingen theatralisch. Der abschließende Befund lautet: "Es handelt sich bei Frau F sicher um eine geltungssüchtige und etwas haltlose Person, die auf alle Schwierigkeiten des Lebens mit mehr oder weniger demonstrativen Kurzschlußhandlungen reagiert."

In der Klinik erstellte Diagnose: Reaktiver Selbstmordversuch, chronischer Arzneimittelmißbrauch.

Fall 7

Herr G, der während des Krieges geboren ist, lernt seinen Vater erst im 10. Lebensjahr kennen, als dieser aus der Kriegsgefangenschaft kommt. Die starke Mutterbindung von G wird außerdem dadurch begünstigt, daß ihn die Mutter gegenüber der jüngeren Schwester deutlich bevorzugt. Da der Vater nach seiner Rückkehr aus der Gefangenschaft zu trinken beginnt, gestaltet sich das Familienleben schwierig, worunter die Kinder sehr leiden. Seit dem 15. Lebensjahr des Patienten leben die Eltern getrennt und die Kinder bleiben bei der Mutter.

G macht die mittlere Reife an einer Oberrealschule und ist zur Zeit des Klinikaufenthaltes Praktikant an einer Holzfachschule. Der jetzt 19jährige fühlt sich immer noch von der Mutter auf Schritt und Tritt beobachtet. Als er etwa 7 Mo-

nate vor der Aufnahme ein Mädchen kennenlernt, empfindet er diese Overprotection noch quälender. Drei Monate nach Beginn dieser Freundschaft begeht G einen Selbstmordversuch mit Tabletten, weil seine Freundin ihn mehrmals abwies, als er sie zum Koitus überreden wollte. G gibt zu, daß er mit dieser Handlung einen Druck auf das Mädchen ausüben wollte. Einige Wochen vor der Untersuchung ist dann der Patient mit seiner Freundin in Urlaub. In dieser Zeit verstehen sich beide wieder ausgezeichnet und sie schmieden eifrig ihre Heiratspläne. Nach dem Urlaub kommt es zu Hause zu einer Auseinandersetzung zwischen dem Patienten, seiner Mutter und seiner Tante. Die Mutter wirft ihm seine hohen Ausgaben für Autoreparaturen vor, und seine Tante entsetzt sich, daß er "mit 20 Jahren mit einem unschuldigen Mädchen in Urlaub gefahren sei". Daraufhin besorgt sich G Tabletten und sperrt sich in sein Zimmer. Als die Mutter Verdacht schöpft und die Türe öffnen läßt, findet sie den Patienten bewußtlos vor. Er wird sofort in ein Krankenhaus gebracht.

Zu seinen Reaktionsweisen nimmt der Patient in lächelnder Miene Stellung, es sei eben eine Kurzschlußhandlung gewesen. Auf der Station ist er unauffällig und gibt sich bei dem Besuch seiner Angehörigen sehr vergnügt.

In der Klinik erstellte Diagnose: Abnorme Reaktion (Suizidversuch durch Tablettenvergiftung).

Fall 8

Herr H berichtet über eine schöne Kindheit und ein sehr gutes Verhältnis zu seiner um neun Jahre älteren Halbschwester und seinen Eltern, die er als sehr weich und gutherzig schildert. Abgesehen von einer kurzen Bewußtlosigkeit nach einem Sturz vom Fahrrad ist er immer gesund gewesen. H macht eine Lehre als Maschinenschlosser, die er mit der Gesellenprüfung abschließt. An seinem Beruf aber liegt ihm nichts, er würde ihn am liebsten wieder aufgeben und Krankenpfleger werden. Deshalb verpflichtet sich der Patient für 4 Jahre als Sanitäter zur Bundeswehr. Herr H bezeichnet sich als geselliger Typ, der stets Freunde und Freundinnen hat, gerne über den Durst trinkt und viel raucht.

Etwa einen Monat vor der Untersuchung tritt H seinen Dienst in der Kaserne an. Es ergeben sich ständig Differenzen mit seinen Vorgesetzten, da sich der Patient meist grundlos schikaniert fühlt. So erhält er eines Tages - ohne hinreichende Begründung, wie er meint - den Befehl in eine andere Bude umzuziehen. Am nächsten Tag versucht er, nachdem er 2 - 3 Glas Bier getrunken hat, sich mit seinem Koppel in der Toilette zu erhängen. Er wird bald von Kameraden gefunden und in ein Krankenhaus gebracht.

Herr H weiß nicht, ob er den Suizidversuch aus Trotz oder zur Demonstration verübt hat. Bei der Exploration stellt sich noch heraus, daß H schon vor kurzer Zeit einen Selbstmordversuch unternahm, um, wie er sagte: "die Freundin zu ärgern". Damals hat er sich von einer 25 m hohen Neckarbrücke gestürzt. In der Klinik fällt er durch querulatorisches Verhalten auf.

In der Klinik erstellte Diagnose: Suizidversuch als abnorme Reaktion bei hysterischer Persönlichkeitsstruktur.

Fall 9

Über Herrn I ist zu erfahren, daß er nach der Volksschule eine Schneiderlehre machte. Er berichtet, er sei immer ein Eigenbrödler gewesen, habe sich gerne zurückgezogen und viel gelesen. I arbeitet bis zum 35. Lebensjahr als Schneider an verschiedenen Arbeitsplätzen, kommt auch ins Ausland und verliert dabei völlig den Kontakt mit seinen Angehörigen. Während des Krieges erkrankt er mehrmals (Typhus und Magenbeschwerden) und wird von der Front zurückversetzt. Danach arbeitet er wieder als Schneider in einer Großstadt. Er findet keinen persönlichen Anschluß und beginnt aus depressiven Verstimmungen heraus zu trinken.

Eines Tages wird Herr I ohnmächtig auf der Straße gefunden und in eine Klinik gebracht. Dort werden bei ihm Anfälle beobachtet, die sich als psychogen erweisen. Noch während des Klinikaufenthaltes wird dem Patienten sein Zimmer gekündigt. Aus diesem Grunde unternimmt er nach seiner Entlassung einen Selbstmordversuch mit Tabletten und kommt wieder für kurze Zeit in ein Krankenhaus.

Herr I ist einstweilen arbeitslos geworden und lebt in einem Obdachlosenasyl. Wegen einer akuten Nephritis, einer Magenblutung und einer Hautentzündung kommt er mehrmals in stationäre Behandlung. Aus den Berichten der betreffenden Krankenanstalten ist zu entnehmen, daß Herr I schon wiederholt einen Selbstmordversuch verübt hat und dabei jedesmal bewußtlos auf der Straße aufgefunden wurde.

Kurz vor seinem letzten Suizidversuch findet der Patient eine Arbeitsstelle als Hilfsarbeiter. Der Meister schildert, daß I sehr dem Alkohol zuspricht und dann für mehrere Tage von der Arbeit fernbleibt. Bei einer solchen Gelegenheit wird er wiederum auf der Straße gefunden und kommt in angetrunkenem Zustand in eine Klinik, wo eine Tablettenvergiftung festgestellt wird.

Bei der Untersuchung ergibt sich, daß I auch der Sozialfürsorgerin schon als "haltloser Mensch" bekannt ist. Es zeigen sich keine Anhaltspunkte für eine Psychose.

In der Klinik erstellte Diagnose: Suizidversuch, abnorme Reaktion einer haltlosen Persönlichkeit.

Fall 10

Herr K wächst in geordneten und wohlsituierten Familienverhältnissen unter 8 Geschwistern in einer Großstadt auf. Er schildert seine Kindheit in den rosigsten Farben. K ist der Liebling der Mutter, der Vater kann wenig Zeit für ihn aufbringen, da er eine große Anzahl von Ehrenämtern innehat. Nach der Pubertät wird er "in mancher Hinsicht etwas eigenartig". Er ist besonders empfindsam und kann sich gegenüber der Umwelt nicht durchsetzen. Er läuft des öfteren von zu Hause weg und schildert, daß "dabei stets der Todestrieb über ihn" gekommen sei. Der aktuelle Anlaß scheint dabei zu fehlen; "bei mir sammeln sich viele Kleinigkeiten an, und das bricht dann gegen mich aus ...". Später macht er über das Wochenende einsame Wanderungen von 50 bis 60 Kilometern. Im Alter von 16 und 20 Jahren verübt K seine ersten Selbstmordversuche mit Gas. Der musisch begabte Patient (er schreibt selbst Gedichte) beginnt seine

berufliche Tätigkeit als kaufmännischer Lehrling. Den Versuch, eine Oberschulreife nachzumachen, gibt er vorzeitig auf, obwohl er mit dem Kaufmannsberuf von Anfang an unzufrieden ist. Mit 19 Jahren geht er zur Fremdenlegion nach Afrika, desertiert aber nach einem Jahr. Nach seiner Rückkehr ist er kurz als Bauarbeiter tätig und dann als Abteilungsleiter in einer Tabakfirma. Zu dieser Zeit heiratet er. Seine Frau ist vier Jahre älter, bringt zwei Kinder mit in die Ehe, aus der noch zwei Kinder folgen. K wechselt in der Folgezeit seinen Beruf und seinen Wohnsitz sehr häufig. Innerhalb einer Zeitspanne von 34 Jahren hat er 15 verschiedene Arbeitsplätze meist kaufmännischer Art, und zweimal ist er für je 18 Monate arbeitslos. Seinen eigenen Angaben zufolge ist er außergewöhnlich ordnungsliebend, Unpünktlichkeit sei das Schrecklichste was er kenne.

Während seiner Ehe unterhält K immer wieder Beziehungen zu anderen Frauen, wodurch es zu ständigen Ehekonflikten kommt. Darüber hinaus hat K begonnen immer häufiger und maßloser zu trinken. Er bleibt dann tagelang von zu Hause weg und kommt völlig betrunken und querulierend zurück. Diese Alkoholexzesse spielen sich sowohl in Gesellschaft als auch in Form eines einsamen Trinkens ab. Nach solchen Episoden zieht er sich in seiner Wohnung zurück, kümmert sich nicht um das, was um ihn vorgeht und äußert dabei mehrmals Suizidabsichten. 50jährig begeht K in einer ähnlichen Situation einen Selbstmordversuch. Er nimmt 40 Tabletten, legt sich ins Bett, beauftragt aber seine Tochter ihn nach einigen Stunden zu wecken. Sie findet ihn in bewußtlosem Zustand vor und K kommt in eine Klinik. Durch diesen Krankenhausaufenthalt ändert sich das Verhalten des Patienten nicht nachhaltig. Nach 5 Jahren versucht er sich in einem Verstimmungszustand die Pulsadern zu öffnen.

Bei der darauf folgenden Untersuchung wird eine dysthyme abnorme Persönlichkeit diagnostiziert, bei der langjähriger Alkoholabusus besteht. Außerdem liegt, wie aus dem EEG-Befund ersichtlich ist, eine cerebrale Durchblutungsstörung vor.

Fall 11

Fräulein L wird als zweites Kind einer 10köpfigen Familie geboren. Der Vater, ein Trinker, ist Hilfsarbeiter, die Mutter muß sich ebenfalls als Hilfsarbeiterin betätigen, um die Kinder mit dem Notwendigsten zu versorgen. Die Familie lebt in ärmlichen Verhältnissen; zeitweise müssen die 10 Personen in zwei Zimmern wohnen. Die Kinder gehen öfters betteln, ohne daß die Eltern dagegen einschreiten. Ein jüngeres Geschwister ist debil und in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht.

Fräulein L besucht 8 Klassen der Volksschule ohne repetieren zu müssen und anschließend 3 Jahre lang eine hauswirtschaftliche Berufsschule. Seit der Menarche im 12. Lebensjahr verspürt sie besonders prämenstruell einen unwiderstehlichen Drang davonzulaufen. Schon während der Schulzeit reißt sie mehrmals aus, ohne dies vorher geplant zu haben und wird dann von der Polizei zurückgebracht. Diese Tendenz zum Weglaufen bewirkt später einen häufigen Arbeitsstellenwechsel. Sie wird mehrmals als "streunendes Mädchen" aufgegriffen und in verschiedene Erziehungsheime gebracht, wo sie stets wieder ausreißt. Sie kommt auch mehrmals in stationäre Behandlung. Zwischen ihrem 14. und 18. Lebensjahr wird sie fünfmal operiert (Appendektomie, Op. einer Septumdeviation, eines fraglichen Dickdarmgeschwulstes, eines Megakolons, und eine Narbenbruchoperation). Hinzu kommt noch, daß sie zur Abklärung von Anfällen in verschiedene psychiatrische Krankenanstalten eingeliefert wird, wo sie jedoch ihre Anfälle nicht vorführen kann, weil ihr dies nur in der Periode möglich sei. Sie verläßt jede Klinik ohne Entlassungsbescheid. Ihre Situation wird immer schlechter, und sie wirft sich, als sie wieder einmal eine Klinik vorzeitig verlassen hat, vor ein Kraftfahrzeug. Später versucht sie, wieder bei einem Krankenhausaufenthalt, sich die Pulsadern zu öffnen. Schließlich nimmt sie 7 Tabletten ein, die sie für Morphium hält. Kurz darauf kommt sie in die Nervenklinik.

Es kann nicht gesichert werden, ob die Anfälle von einem frühkindlichen Hirnschaden herrühren, ob sie epileptischer oder psychogener Natur sind. Inzwischen stellt sich heraus, daß bei der Staatsanwaltschaft ein Verfahren wegen geringfügiger Eigentumsdelikte gegen sie läuft. Im Lauf des stationären Auf-

enthalts unternimmt die Patientin einen vierten Selbstmordversuch. Sie stürzt sich ins Treppenhaus und zieht sich dabei eine Contusio cerebri, eine Fraktur des Nasenbeins, des Schambeins und des Olekranons zu. Nach ihrer körperlichen Wiederherstellung wird sie in eine Heil- und Pflegeanstalt überwiesen, von wo sie ebenfalls ausreißt. Frl. L begeht in einer der Kliniken, in die sie innerhalb eines kurzen Zeitraums aufgenommen wird, ihren fünften Selbstmordversuch, indem sie sich aus dem 1. Stock stürzt (Unterschenkelfraktur).

Die Aufhellung dieser wechselhaften Lebensgeschichte gestaltet sich schwierig, weil zwischen der Patientin und dem ärztlichen Personal kein guter Kontakt herzustellen ist, was in ihren Beziehungen zu den Mitpatienten nicht der Fall war. Die untersuchenden Ärzte kommen zu folgender Beurteilung: L ist eine milieugeschädigte, haltlose, geltungssüchtige, zu depressiven Verstimmungszuständen neigende abnorme Persönlichkeit, bei der zudem noch eine Minderbegabung vorliegt. Die Fuguezustände, Eigentumsdelikte und Selbstmordversuche erfolgen meist im Rahmen der mit der Menses einhergehenden Verstimmungen.

Fall 12

Herr M befand sich in der Zeit, in der diese Arbeit geschrieben wurde, gerade in stationärer Behandlung, und ich war so in der Lage, den Patienten selbst zu explorieren.

M hat eine sehr glücklose Kindheit hinter sich. Von der Geburt bis zu seinem 10. Lebensjahr ist er in einem von Nonnen geleiteten Kinderheim. Das Heim sei sehr groß gewesen, "es war eine Stadt für sich". M berichtet über die außerordentlich strenge Erziehung mit vielen körperlichen Maßregelungen. Der Patient, der längere Zeit Bettnässer war, kommt dabei besonders schlecht weg. So wird ihm nach einem Einnässen die Nahrung für drei Tage entzogen, und er muß im Speisesaal den anderen Kindern beim Essen zusehen. Einmal wird er nackt mit einem Kleiderbügel von einer der Schwestern geschlagen, während ihn andere Schwestern an Händen und Füßen auf einem Tisch festhalten. Nachts geht des öfteren eine Schwester mit einem Leintuch als "Busemann" verkleidet durch die

Schlafsäle, um die nicht schlafenden Kinder zu ängstigen. Auch werden zur vorweihnachtlichen Zeit die Kinder wiederholt zu Singproben geweckt.

Als M 10 Jahre alt ist, wird er von seiner Mutter aus dem Heim geholt. Erst jetzt lernt M diese kennen; er schildert sie als eine sehr jähzornige Frau, die bei jeder Gelegenheit zugeschlagen hätte. Von seinen sieben Geschwistern sind zu dieser Zeit nur noch zwei bei der Mutter. Der Patient betont ausdrücklich, daß er so etwas wie Mutterliebe gar nicht kenne. Mit 11 Jahren bringt ihn seine Mutter für einige Jahre auf einen Bauernhof, wo der Junge fest bei der Arbeit helfen muß, um sich sein Essen zu verdienen. Keiner kümmert sich um seine Volksschulausbildung, die deshalb ohne Abschluß bleibt.

Mit 14 Jahren flüchtet der Patient mit seiner Mutter und seinen beiden jüngeren Geschwistern nach dem Westen. Sie gehen durch zwei verschiedene Flüchtlingslager, und M arbeitet zunächst als Gärtner und dann in einer Küche. Dann zieht die Familie ins Ruhrgebiet, wo M in der Gießerei eines Hüttenwerkes Arbeit findet. Seinen verhältnismäßig guten Lohn muß er zu Hause abliefern. Als "schwarzes Schaf" in der Familie liegt er ständig mit der Mutter und den beiden Geschwistern in Streit. Seine Mutter droht ihm mehrmals an, ihn in ein Erziehungsheim zu stecken. Um diesen Problemen zu entkommen, fährt er einmal mit dem Fahrrad zu seinem 700 Kilometer weit entfernt wohenden Bruder in die Ostzone, er wird aber abgefangen und wieder zurückgeschickt.

M geht daraufhin endgültig von zuhause fort, und der damals 17jährige nimmt eine Arbeit in Essen an. Dort fühlt sich der Patient wohl, er erzählt von der herrlichen Kameradschaft, die unter den Kollegen herrschte. Für M ist das von großer Bedeutung, denn er schildert sich als gehemmt und menschenscheu. So geht er, wenn er ein Kino besucht, immer erst dann auf seinen Platz, wenn es dunkel ist, und er verläßt das Kino wieder bevor es hell wird. Wenn er ein Lokal besucht, muß er vorher Alkohol trinken um in ein Gespräch zu kommen. In dieser Zeit beginnt er viel zu trinken, da es an den Gießereiöfen sonst nicht auszuhalten wäre. Hier wird er auch von Kollegen zum ersten Mal in ein Bordell mitgenommen und einmal von Zechkumpanen im Rausch zum homosexuellen Verkehr mißbraucht. Nach 16 Jahren verliert M durch die Rezession seine Arbeitsstelle in Essen. Der Patient arbeitet anschließend wieder am Wohnort seiner

Mutter, ohne bei ihr zu wohnen; der Kontakt zu ihr ist endgültig abgebrochen. Seine Stellung in den nächsten zwei Jahren führt ihn viel auf Montage; er fürchtet, durch die Lebensgewohnheiten seiner Kollegen "ganz zu versumpfen" und kündigte das Arbeitsverhältnis.

Seine nächste Station ist München, wo der jetzt 26jährige zwei Monate bei seiner Schwester wohnt, sie dann aber verläßt, weil er sich mit seinem Schwager nicht verträgt. 2 Jahre lang arbeitet er in einer Gießerei und dann 3 Jahre am Bau. In dieser Zeit hat M viele Freunde durch sein Hobby; er betreibt, seit er in München ist, Body-building und hat dabei viel Erfolg. Er wird rasch zum "Mr. München" und "Mr. Bayern" gewählt, und als er sich gerade für den Wettkampf um den "Mr. Europa"-Titel vorbereitet - er trainiert täglich nach der Arbeit am Bau noch 2 bis 3 Stunden - erkrankt er an einer Hepatitis. Es wird ihm angeraten den Kraftsport und auch den Alkoholgenuß aufzugeben. Diese Tatsache und die lange Krankheitsdauer wirken sehr deprimierend auf den Patienten. Die Freunde werden immer weniger und M bekommt auch Schwierigkeiten mit seiner Hauswirtin, die ihm die Kündigung androht, obwohl M das Zimmer mit großem Aufwand selbst renovierte. Es kommt zu einer Verstimmung, er fühlt sich einsam, weil er sich mit niemanden aussprechen kann. Dazu tragen auch seine sexuellen Probleme bei.

M hatte schon verschiedene Bekanntschaften mit älteren Frauen (um 40) aber immer nach einem Koitus, so berichtet er, "kotzt mich die Frau an", obwohl er während des Geschlechtsaktes Befriedigung empfindet. Die Bekanntschaften dauern nie länger als 4 Wochen, meist sind es nur einige Tage. M meint, es sei der "Mutterinstinkt", der ihn immer wieder mit älteren Frauen zusammenbringe. Auch am Verkehr mit Prostituierten findet er keinen Gefallen, weil er immer sofort aufgefordert wird wieder wegzugehen. Er meint homosexuell zu sein, aber auch die homosexuelle Betätigung könne ihn nicht richtig befriedigen, obwohl er erregter als beim Sexualverkehr mit Frauen sei. Er habe schon alles ausprobiert, wisse aber nicht, welche "Veranlagung" er hat.

Zur sexuellen Problematik kommt noch, daß der Patient darunter leidet keinen richtigen Beruf erlernt und nicht einmal die Schule richtig abgeschlossen zu haben. Wenn im Wirtshaus eine Diskussion aufkommt, geht er zum "Flippern",

weil er fürchtet sich eine Blöße zu geben. Alldem kommt für die Entstehung der Verstimmung des Patienten große Bedeutung zu. In diesen Zuständen denkt er dann gar nichts mehr, er grübelt nicht und ist auch nicht besonders empfindlich gegenüber der Umwelt.

Mehrere Wochen nach dem erwähnten Krankenhausaufenthalt unternimmt M einen Suizidversuch mit Schlaftabletten, die er am Tag vorher gekauft hatte. Er will eigentlich nicht sterben und denkt nicht an den Tod, sondern er will nur schlafen. M habe sich noch überlegt, ob er nicht doch von einem Suizid absehen sollte, aber "es ging nicht mehr". Er wurde von der Hauswirtin aufgefunden und in eine Klinik gebracht.

4 Wochen nach diesem Suizidversuch erfolgte ein ähnlicher nachdem die Wirtin dem Patienten gekündigt hat. M berichtet auch, er habe damals unter ständigem Erbrechen gelitten. Er nimmt wieder 40 Schlaftabletten, wird wieder aufgefunden und in dasselbe Krankenhaus gebracht. Dort bleibt er nur einen Tag, weil er spürt, daß man ihm vorwurfsvoll und ablehnend begegnet.

Auch zu Hause ändert sich sein Verzweiflungszustand nicht. Seine Auszugsfrist rückt näher, und schon nach einer Woche verübt er einen dritten Selbstmordversuch. Diesmal nimmt er zu den Schlaftabletten noch Nitroverdünnung, Haarshampoon und "alles was ich erreichen konnte" zu sich. Wieder wird er aufgefunden und in stationäre Behandlung gebracht. Als er aus der Bewußtlosigkeit erwacht, geht es im plötzlich besser; er hat wieder Appetit und ist dem Leben wieder zugewandt.

Nach 6 Monaten wechselt er die Arbeitsstelle, weil ihm die Arbeit an der Baustelle zu anstrengend ist und nimmt eine Stelle als Nachtpförtner bei einer Bank an. Zu dieser Zeit lebt er mit einer 70jährigen Bekannten zusammen, die für ihn sorgt; als Gegenleistung befriedigt er ihre sexuellen Bedürfnisse. In den Augen des Patienten ist aber diese Frau zu schlampig; er beabsichtigt, sie wieder zu verlassen.

Ein Monat vor der Aufnahme in die Nervenklinik wird der Patient von heftigen und langanhaltenden Kopfschmerzen befallen, aus seiner Nase läuft ständig eitriges Sekret, und er erbricht häufig. Er will nicht zum Arzt gehen, da er doch am

neuen Arbeitsplatz nicht jetzt schon fehlen könne. M verfällt wieder in eine Verstimmung und nimmt in Anwesenheit seiner Bekannten 60 Schlaftabletten um die Schmerzen loszuwerden, um endlich einzuschlafen. Seine Freundin merkt erst am nächsten Morgen, daß er bewußtlos ist und läßt ihn in die Klinik bringen. Dort wird als Ursache der Kopfschmerzen eine chronische Sinusitis festgestellt und therapiert. Als der Patient entlassen werden soll, gibt er an, daß er fürchte bald wieder eine Suizidhandlung zu begehen. Er wird daraufhin in die Universitäts-Nervenklinik verlegt.

Hier wird der Patient bei meinen Gesprächen mit ihm nach anfänglichem Widerstand zunehmend gesprächsbereiter und fordert, als ich meine Exploration abschließen will, noch eine weitere Unterredung. - Es ist auffallend, wie intensiv der Patient seine Entwicklung von den unglücklichen Umständen seiner Kindheit herleitet. Er bezeichnet sich als "mißtrauisch" und als "Außenseiter". Seine Zukunft kann er sich nicht vorstellen. Er meint, es wäre am besten, wenn er Frau und Kinder und ein Zuhause hätte, "dann weiß man wenigstens für wen man da ist". Auf die Frage, ob er nochmal eine Suizidhandlung unternehmen will, wird er unsicher. Jetzt gehe es ihm zwar gut, aber er wisse nicht wie es nach seiner Entlassung weitergehen wird. Er hält es für notwendig, immer wieder zu einem Arzt zu gehen und mit ihm zu reden. Dieser Wunsch zeigt, daß M Angst vor möglichen Verstimmungen hat und seine Suizidversuche offensichtlich als Zwang erlebt hat.

IV. Diskussion

Wie schon erwähnt, stammen die Krankengeschichten aus einem Zeitraum von über zehn Jahren und wurden von verschiedenen Untersuchern abgefaßt. Sie sind daher für eine vergleichende Betrachtung nicht gerade am besten geeignet. Dennoch soll hier versucht werden, einige Charakteristika wiederholter impulsiver Suizidversuche herauszustellen.

Unter den zwölf Patienten, die wegen ihrer verstärkten Neigung, mit Selbstmordhandlungen zu reagieren, in die Klinik aufgenommen wurden, sind sieben Frauen und fünf Männer. Dabei verübten die Frauen mehr Suizidversuche (mehr als 29) als die Männer (mehr als 15). Dieses Übergewicht ist im Zusammenhang damit zu sehen, daß nach statistischen Untersuchungen Frauen allgemein häufiger einen Selbstmordversuch begehen als Männer. STENGEL sowie WITHLOCK und SHAPIRA begründen diese Tatsache soziologisch mit den geringeren Möglichkeiten der Aggressionsabfuhr bei Frauen. Die Altersverteilung der Patienten und deren Zugehörigkeit zu den einzelnen Sozialschichten zeigen keine besonderen Auffälligkeiten, es erscheint aber bemerkenswert, daß vier noch jugendliche Patienten (5, 7, 8 und 11) schon mehrfach einen Suizidversuch ausführten.

Im Gegensatz zu den Beobachtungen von KESSEL und Mc. CULLOCH fällt auf, daß nur drei der Personen (5, 9 und 12) stets dieselbe Suizidmethode wählten. Bei allen anderen kamen nacheinander verschiedene Methoden zur Anwendung. Am häufigsten waren Tablettenvergiftungen, nur bei einem Patienten (8) fehlt diese Form.

PÖLDINGER unterscheidet bei der psychologischen Betrachtung der Suizidhandlungen drei "Stadien der suizidalen Entwicklung". In zeitlicher Aufeinanderfolge treten die Stadien der Erwägung, der Ambivalenz und des Entschlusses auf. Überträgt man dieses Modell auf die geschilderten Selbstmordversuche, so trifft am ehesten der für Kurzschlußhandlungen typische Verlauf zu, da hier "diese Stadien der suizidalen Entwicklung wie im Zeitraffertempo durchlaufen beziehungsweise durchschlagen". [17] werden. Für rezidivierende Suizidhandlungen wäre

---

17) PÖLDINGER; S. 21

hinzuzufügen, daß sich hier an den Entschluß wieder ein Erwägungsstadium anschließt. Das zeigt sich besonders deutlich in den beiden Fällen (4 und 5), in denen das Suizidmittel lange vor dem eigentlichen Suizidanlaß bereitgehalten wird. Eine Tatsache, die andererseits schon wieder von den Kurzschlußreaktionen wegführt, denn diese Verhaltensweisen fallen nicht mehr "nach Art eines inselförmigen Ausnahmezustandes aus dem sonstigen Persönlichkeitsverhalten heraus" [18], sie drohen vielmehr zu einem ICH-syntonen Teil des Individuums zu werden. Auch die den Suizidhandlungen eigene Appellfunktion läßt eher an hysterische Reaktionen als Kurzschlußhandlungen denken.

Übersichtstabelle für den Vergleich der vorgestellten Fälle

Fall	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Alter	34	33	55	36	20	25	20	19	52	55	20	32
Geschlecht	w	w	w	w	w	w	m	m	m	m	w	m
Anzahl der bekannten SV	4	4	4	4	4	4	2	2	3	4	5	4
Vergiftungs-methoden	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+
Anwend. verschied. Method.	+	+	+	+		+	+	+		+	+	
Risikosteigerung	+	+	+	+	+	+	+	+			+	+
zeitl. enges Zusammentref.	+	+	+	+	+		+	+	+		+	+
SM-gesten u. -drohungen	+	+	+	+	+					+		
Partnerkonflikt	+	+	+	+	+	+	+	+				
andere Konflikte					+	+	+	+	+	+	+	+
Fehlen pers. Bindungen									+		+	+
abnorme Persönlichkeit									+	+	+	+
süchtiges Verhalten						+		+	+	+		+

18) HIRSCHMANN; Hdb. d. Neurosenlehre, S. 97

Betrachtet man die geschilderten Krankenberichte aus dem Blickwinkel der RINGELschen Theorie über die Entwicklung zum Suizid, so ist festzustellen, daß das"präsuizidale Syndrom" in allen Fällen leicht nachzuweisen ist. Es fällt aber auf, daß die Einengung weniger durch äußere Situation als durch die Persönlichkeit der Suizidanten gegeben ist. Die Aggressionsumkehr und auch die nach außen gerichtete Aggression zeigen sich in allen Fällen sehr deutlich, ebenso die Flucht vor der Realität in die Phantasiewelt. Dieser Sachverhalt war auch zu erwarten, doch im Gegensatz zum einmalig auftretenden Selbstmordversuch ist das "präsuizidale Syndrom" hier über einen langen Zeitraum zu beobachten. Es kommt zu keiner anhaltenden Katharsis nach dem Selbstmordversuch. Vielmehr wirkt die schon früher ausgeführte Suizidhandlung bahnend für ein weiteres suizidales Verhalten, weil die Angst vor einem letalen Ausgang mit jedem "erfolglosen" selbstzerstörerischen Akt abnimmt. Das kommt auch darin zum Ausdruck, daß von acht Patienten das beim Suizidversuch eingegangene Risiko ständig gesteigert wird.

Auf Grund der Appellfunktion der hier vorgestellten Suizidversuche, lassen sich zwei Gruppen unterscheiden, nämlich Selbstmordversuche, deren Appell bestimmten Personen gilt und Selbstmordversuche, deren Appell nicht auf bestimmte Personen gerichtet ist, sondern mehr eine anonyme Umgebung treffen will. Die Richtung des Appells wird von den auslösenden Konflikten bestimmt, so wird ein aus einem Ehe- oder Liebeskonflikt heraus erfolgter Suizidversuch immer an den Partner gerichtet sein. Es zeigt sich auch bei dieser Untersuchung, daß Partnerkonflikte am häufigsten zu Selbstmordhandlungen führen.

Hier lassen sich drei Grundkonstellationen unterscheiden: je nachdem ob wiederholte Suizidversuche stets aus diesem Motiv erfolgten, ob neben den Partnerkonflikten noch Ursachen anderer Art zu Suizidhandlungen führten oder ob Partnerkonflikte ganz fehlten. Eine solche Aufteilung erscheint zwar willkürlich, sie ist aber nützlich, weil sie einige für wiederholte selbstzerstörerische Handlungen typische Konstellationen hervortreten läßt.

1. Wiederholte Selbstmordversuche, die stets aus einem Partnerkonflikt heraus erfolgen (Fall 1 - 4)

Es handelt sich hier um vier Frauen, drei davon sind verheiratet. Bei diesen richtet sich die Suizidhandlung immer an den Ehepartner. In jedem Fall wurden mindestens vier Selbstmordversuche verübt, bei denen deutlich wird, daß mit der autoaggressiven Reaktionsweise auch auf den Gefährten Aggression ausgeübt werden soll. Die Suizidversuche sind stark auf die Umgebung ausgerichtet und zeichnen sich durch eine theatralische Note aus, so daß man sie in dieser Hinsicht als hysterische Reaktionen bezeichnen kann. Die Wiederholungsgefahr ist in der negativen Antwort des Partners auf die Suizidhandlung begründet und erklärt sich andererseits auch aus den übertriebenen Erwartungen dieser Patientinnen. Besonders bei den verheirateten Frauen ist gut zu sehen, daß die Selbstzerstörungstendenz von einem "chronischen" Konflikt gespeist wird, um dann bei verhältnismäßig geringfügigen Anlässen in einem demonstrativen Suizidversuch durchzubrechen. Viele Selbstmordversuche fallen dabei zeitlich eng zusammen. Alle vier Suizidantinnen wenden verschiedene Selbstmordmethoden an und erhöhen dabei stetig das Risiko eines letalen Ausgangs. Das mag bei diesen hauptsächlich vom Appell her geprägten Suizidhandlungen schon deswegen erforderlich sein, um den Wiederholungsfall noch glaubwürdig erscheinen zu lassen. Darin liegt die Gefahr dieser Reaktionsweise. Das Verhältnis zwischen der nach außen und der nach innen gerichteten Aggression ändert sich immer mehr, und die Selbstzerstörungstendenz droht gegenüber den lebenserhaltenden Kräften die Überhand zu gewinnen, im selben Maße wie der Appelleffekt abnimmt.

Der Vollständigkeit halber ist noch hinzuzufügen, daß in solchen Fällen die Aggression zwar direkt auf den Partner gerichtet ist, der Appell aber darüber hinaus auf alle Personen ausgeweitet wird, von denen Verständnis und Unterstützung zu erwarten ist, besonders dann, wenn schon die Erfahrung gemacht wurde, daß der Partner nicht im erwarteten Ausmaß reagiert. Damit kann demonstriert werden, daß er es ist, der die Frau zur Verzweiflung treibt. Diese Intention zeigt sich sehr deutlich in dem Abschiedsbrief der Patientin in Fall 2.

2. Wiederholte Selbstmordversuche, bei denen verschiedene Konflikte zugrunde liegen (Fall 5 - 8)

Diese Gruppe läßt nur schwer von der vorhergehenden abtrennen und sollte wohl besser als Randgruppe bezeichnet werden, denn auch hier spielen die Partnerkonflikte die größere Rolle. In jedem der Fälle ist aber jeweils ein Suizidversuch zu finden, dem eine andere Motivation zugrunde lag. Eine größere Variabilität auslösender Konflikte war bei keinem der Patienten zu finden. Im Fall 5 und 6 wurden je drei Selbstmordversuche wegen eines Liebes- beziehungsweise Ehekonfliktes unternommen, für diese treffen ebenfalls die bei Gruppe 1 getroffenen Charakterisierungen zu. Im Fall 5 wurde der erste Suizidversuch wegen einer vorzeitigen Schulentlassung unternommen, im Fall 6 wird ein Selbstmordversuch aus "Erschöpfung" verübt. Die suizidale Reaktionsweise dient hier nicht mehr nur der Manipulierung von Beziehungen, sondern sie tritt auch bei anderen Gelegenheiten in Erscheinung. Ob man daraus auf eine stärkere Suizidtendenz schließen kann, wäre durch umfangreichere Untersuchungen noch zu prüfen.

Auch die beiden anderen Fälle weisen vergleichbare Merkmale auf. Hier sind es männliche Jugendliche, welche ihren Suizidversuch unternehmen, um damit einen Druck auf die Freundin auszuüben. Beide Male folgt bald darauf aus relativ geringfügigen Anlässen eine zweite Suizidhandlung. Hier kam es bis zum Klinikaufenthalt nur zu einem Rezidiv, doch muß man unter diesen Umständen damit rechnen, daß ebenfalls schon eine Bahnung der suizidalen Reaktionsweise eingetreten ist, welche die Prognose ungünstig erscheinen läßt. Es ist noch bemerkenswert, daß bei Patienten in ihrer Kindheit verwöhnende Verhältnisse erlebten.

In allen Fällen dieser Gruppe, welche altersmäßig am homogensten und am jüngsten ist (19 bis 25 Jahre), ist auffallend, daß der erste Selbstmordversuch von den Patienten als "Momentreaktion" abgetan wird und daß er dennoch seine bahnende Wirkung besitzt. KESSEL und Mc. CULLOCH machten die gleiche Feststellung: "Those whose initial act had been impulsive were more likely to repeat subsequently." [19)]

---

19) KESSEL/Mc. CULLOCH; S. 90

3. Wiederholte Selbstmordversuche, bei denen Partnerkonflikte fehlen (Fall 9 und 12)

Überraschenderweise kommt durch diese Abgrenzung eine Gruppierung zustande, welche sich deutlich von den anderen abhebt. Diese Patienten zeichnen sich dadurch aus, daß sie unfähig sind, länger dauernde Beziehungen einzugehen. Nur einer der Gruppe ist verheiratet, bei den anderen fehlen tiefergehende zwischenmenschliche Beziehungen ganz. Es zeigt sich auch eine Übereinstimmung im sozialen Status, alle Patienten gehören zur Unterschicht oder sind infolge eines sozialen Abstiegs nicht mehr weit davon entfernt. In den Fällen 11 und 12 liegt eine broken-home Situation vor und beide Patienten mußten eine Heimerziehung an sich erfahren. Gemeinsam weisen alle diese Fälle Züge einer abnormen Persönlichkeit auf. Bei der Beurteilung der von diesen Personen ausgeführten Selbstmordversuche ist zu bemerken, daß hier kein gerichteter Appell zu finden ist, sondern daß er an eine anonyme Umgebung gewendet ist. Diese Appellfunktion ist nicht immer leicht zu sehen, und man könnte glauben, solche Suizidversuche seien besonders destruktiv. Durch ihre Bindungsschwäche werden diese Patienten immer isolierter, sie flüchten zum Alkohol und verüben schließlich, weil ihre Frustrationstoleranz ohnehin gering ist, einen Suizidversuch. Bei den Patienten, die keine persönliche Bindung haben, ist dabei deutlich zu bemerken, daß sie den Klinikaufenthalt und das Gepflegtwerden suchen. In diesem Sinne können auch die psychogenen Anfälle in den Fällen 9 und 11 verstanden werden. Trotz dieses umweltbezogenen Charakters sind auch hier die Rezidive als sehr bedenklich anzusehen, dann ein anonymer Appell kann niemanden treffen, also auch nach dem Suizidversuch keine Änderung in der Situation des Suizidanten bewirken. Von den beiden jüngeren Patienten (Fall 11 und 12) werden immer gefährlichere Suizidhandlungen ausgeführt. Bei den beiden älteren Männern fehlt dieses Merkmal. Über die suizidale Reaktionsweise hinaus kommt eine Selbstvernichtungstendenz noch darin zum Ausdruck, daß alle drei Männer Alkoholiker sind. Der bei allen Patienten erscheinende häufige Wohnungswechsel und die poriomanen Episoden in den Fällen 10, 11 und 12 deuten darauf hin, daß schon vor den Selbstmordhandlungen eine starke Tendenz zu Ausweich- und Fluchtreaktionen bestanden hat. Es soll nicht übergangen werden, daß in den Krankenberichten dieser Patienten stets von einer dem Suizidversuch vorausgehenden Verstim-

mung die Rede ist. In diesem Zusammenhang möchte ich nur darauf hinweisen, daß Herr M, den ich ausführlicher explorieren konnte, angab, es hätte für ihn in dieser Situation kein Zurück mehr vor der Selbstmordhandlung gegeben.

Nachdem einige Erscheinungsformen wiederholter Selbstmordversuche herausgestellt wurden, sei nochmal auf das Zustandekommen dieser Reaktionen eingegangen. Die Frage, ob bestimmte Persönlichkeitsstrukturen mehr zu diesem Verhalten neigen als andere, muß offen bleiben. Der Grund hierfür liegt wieder bei den unterschiedlichen Untersuchungssituationen und den ziemlich knapp gehaltenen Diagnosen. Ob bei diesen Patienten hysterische Momente überwiegen, wie man allein auf Grund der Krankenberichte glauben möchte, kann daher nicht sicher festgestellt werden. Ein Erklärungsversuch rezidivierenden Selbstmordversuche aus den über den Suizidversuch bekannten Theorien, erschließt mehrere Möglichkeiten, von denen schon einige erwähnt wurden. In grober Annäherung kann man sagen, daß der Selbstmordversuch in gleicher Weise auf das Leben wie auf den Tod hinzielt. Würde man nun annehmen, bei wiederholten Suizidhandlungen sei der "Todestrieb" besonders groß, und es handle sich dabei um primär potentielle Selbstmörder, so wäre damit aber nicht erklärt warum es zu einer Reihe von Selbstmordversuchen kommt und nicht zu einem Selbstmord. Geht man aber davon aus, daß bei solchen Personen eine verstärkte Neigung besteht, mit suizidalem Verhalten auf stark belastende Erlebnisse zu reagieren, um auf diese Weise die Situation zu beeinflussen, so wäre zu erwarten, daß suizidale Verhaltensweisen relativ gleichmäßig über die ganze Lebensgeschichte verteilt sind; das ist aber nicht der Fall. Vielmehr können fast alle Verläufe auf folgende Formel gebracht werden:

Irgendeine Entwicklung oder ein Erlebnis führt zur Suizidhandlung. Dadurch wird keine Änderung im gewünschten Sinn erreicht, und es erfolgt bald wieder ein Selbstmordversuch, dessen Effekt wieder negativ ist, die Ausgangssituation bleibt weiter bestehen. Es können sich nun, von Fall zu Fall verschieden, weitere Wiederholungen anschließen.

Zwei Tatsachen erscheinen hier bemerkenswert: einmal die, daß rezidivierende Suizidversuche zeitlich meistens nah aufeinander folgen (in 10 Fällen), und zum

anderen, daß immer wieder das Leben aufs Spiel gesetzt wird, um eine Änderung herbeizuführen. Hinzu kommt noch, daß zwei Drittel der Patienten ihre Selbstmordakte in immer riskanterer Weise ausführen. Diese drei Erscheinungen, die Fixierung auf die suizidale Reaktionsweise, die leichtere Auslösbarkeit solcher Reaktionen, die dadurch zeitlich näher aneinander treten, und die Steigerung der Todesgefahr deuten darauf hin, daß ein Selbstmordversuch eine bahnende Funktion für das spätere Verhalten hat. Dieses Phänomen wird leichter verständlich, wenn man sich den Risikocharakter des suizidalen Verhaltens vergegenwärtigt, nämlich als ein Hasardspiel, dessen Chancen nur bei einer entsprechenden selbstdestruktiven Einstellung, im Rausch, oder unter starkem Affektdruck akzeptiert werden. Ist dieses Spiel einmal gewonnen worden, das heißt, wurde schon einmal ein Selbstmordversuch verübt, so muß nicht immer, wie nach HILLMANNs Auffassung, das Erlebnis der Todesnähe die endgültige Rückkehr zum Leben zur Folge haben. Dieser therapeutische Effekt fehlt nämlich da, wo infolge einer passiven narzißtischen Grundeinstellung keine Veränderung nach dem Suizidversuch eintreten kann. Durch das subjektive Erlebnis der selbstzerstörerischen Situation verliert diese aber den Charakter des Unbekannten und Bedrohenden, womit gleichzeitig die Angst vor dem Risiko sinkt. Der Weg zu suizidalem Verhalten wird so geebnet und bietet sich als eine von der Umwelt tolerierte Aggressions-, Appell- oder Fluchtmöglichkeit an. Ebenso wie manche Menschen Konfliktsituationen mit Weglaufen beantworten, sind es hier wiederholte Suizidversuche. STENGEL hat die Fuguezustände als "Selbstmordäquivalente" bezeichnet; hier ist die Schwelle zur suizidalen Reaktionsweise schon geebnet, und die Monomanie tritt in dieser Form in Erscheinung. Solche Formen monomanischer Selbstbetäubung sind aber ständig mit der Gefahr der Selbsttötung verbunden. Denn abgesehen davon, daß die Suizidhandlung dem Patienten entgleiten und tödlich enden kann, gewinnt, ähnlich wie bei den Suchten, die autoaggressive Kraft nach mehrmaligen Selbstmordversuchen allmählich ein Übergewicht gegenüber den lebensbejahenden Tendenzen, so daß die Wahrscheinlichkeit eines "erfolgreichen" Suizids ansteigt.

Die aus diesen Gründen dringend erforderliche Therapie wirft aber Probleme auf. So stellten KESSEL und Mc. CULLOCH bei ihren Untersuchungen fest, daß ein signifikant hoher Prozentsatz der Patienten, die mehrere Suizidversuche unter-

nommen hatten, früher schon in psychiatrischer Behandlung war. Die für jedes therapeutische Vorgehen maßgebliche Beseitigung der "Grundkrankheit" würde hier eine Veränderung der Ausgangspersönlichkeit bedeuten, was nur in den seltesten Fällen möglich sein wird. Es ist auch nicht anzunehmen, daß eine Telefonseelsorge und andere Einrichtungen der Selbstmordverhütung in diesen Fällen in Anspruch genommen werden, weil die Selbstmordgefahr hier nicht als drohend erscheint und die suizidale Reaktionsweise nicht als ICH-fremd erlebt wird. Stellt der Arzt in der Anamnese wiederholte Selbstmordversuche fest, so ist einer psychotherapeutischen Führung als Behandlungsmöglichkeit die größte Chance einzuräumen. Im Verlauf einer solchen Behandlung muß versucht werden, die Konflikte und das Verhalten des Patienten durchzuarbeiten, mit dem Ziel, eine realistischere Einstellung und eine Distanzierung von seiner bisherigen Reaktionsform zu erreichen. Darüberhinaus sollte dem Patienten die Möglichkeit eines ambulanten Gesprächs für unbefristete Zeit offengelassen werden. Es bleibt auch noch die Möglichkeit, im Gespräch mit den Angehörigen oder dem Partner dafür zu sorgen, daß Suizidmittel, besonders Schlaftabletten, soweit es möglich ist, aus der für den Patienten erreichbaren Umgebung entfernt werden, in der Hoffnung, daß ein Selbstmordimpuls bei fehlenden Ausführungsmöglichkeiten unverwirklicht vorüber geht. Bedenkt man die Anzahl von Vergiftungsmethoden unter den geschilderten Suizidversuchen, so ist diese Maßnahme nicht zu unterschätzen.

V. Zusammenfassung

Aus dem Krankenblattarchiv der Universitäts-Nervenklinik wurden die Krankenberichte von 139 Patienten, welche im Verlauf von 10 Jahren dort wegen eines Selbstmordversuchs zur Aufnahme kamen, durchgesehen. Daraus wurden 12 Berichte von nicht psychotischen Patienten ausgewählt, bei denen wiederholte Suizidversuche zu finden waren. Auf Grund der tiefenpsychologischen Verwandtschaft zwischen Monomanien und selbstzerstörerischem Verhalten, sowie der phänomenologischen Gemeinsamkeit des rezidivierenden Auftretens, wurden diese Selbstmordversuche als Monomanien bezeichnet. Die Krankenberichte wurden in gekürzter Form vorgestellt, und es wurde ein Versuch gemacht spezifische Merkmale solcher wiederholter Suizidversuche herauszustellen. Die wichtigsten davon seien hier noch kurz zusammengefaßt:

- Die Tatsache, daß Frauen mehr zu Selbstmordversuchen neigen, spiegelt sich auch bei den wiederholten Suizidhandlungen wieder.
- Vergiftungsmethoden werden weitaus am häufigsten angewandt, zwei Drittel der Patienten bedienten sich zusätzlich noch anderer Suizidformen.
- Die wiederholten Selbstmordversuche waren durch eine nicht immer gleich stark ausgeprägte Impulsivität gekennzeichnet; sie fallen aber nicht "inselförmig" aus der Persönlichkeit heraus, weshalb die Bezeichnung "Kurzschlußhandlungen" nicht ganz zutrifft.
- Das "präsuizidale Syndrom" ist bei diesen rezidivierenden Suizidversuchen in einer chronischen Form vorhanden.
- Bei 10 der Patienten fällt ein Teil der Selbstmordversuche zeitlich nahe zusammen und bei 8 Patienten ist eine deutliche Risikosteigerung zu vermerken. Diese beiden Erscheinungen deuten darauf hin, daß ein Selbstmordversuch bahnend für den nächsten wirkt.
- Auf Grund der auslösenden Konflikte kann man zwei Gruppen von Patienten unterscheiden:

  a) Eine Gruppe, hauptsächlich Frauen, die auf Grund von Partnerkonflikten

mehrere Suizidhandlungen begehen, deren Aggression und Appellfunktion deutlich an den Partner gerichtet sind. Diese tendenziösen und teilweise auch deutlich demonstrativen Selbstmordversuche entsprechen hysterischen Reaktionen.

b) Bei der zweiten Gruppe fehlen Partnerkonflikte ganz, diese Personen zeichnen sich gerade durch eine Bindungsschwäche aus. Der ungerichtete Appell soll mehr eine anonyme Öffentlichkeit treffen. Diese Suizidversuche ähneln mehr den Durchbruchshandlungen, wie sie bei psychopathischen Entwicklungen beschrieben werden.

Hat sich bei einem Menschen der Selbstmordversuch als eine mögliche Verhaltensform eingeschliffen, so steht er in einer latenten Lebensgefahr. Es ist daher zu fordern, daß jeder Patient, den der Arzt nach einer Suizidhandlung zu Gesicht bekommt, genau nach früheren Selbstmordversuchen befragt wird, um eine Behandlung einzuleiten, die diesen sich aufschaukelnden Prozeß unterbrechen kann.

VERZEICHNIS DER EINGESEHENEN LITERATUR:

BISTER, W.:	Das Motivationsproblem bei der Selbstmordhandlung. in: Jahrbuch für Psychologie, Psychotherapie und med. Antropologie. 13. Jahrg. (1965)
BLEULER, E.:	Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin ^{10}1966
BOCHNIK, H.J.:	Verzweiflung. Eine multifaktorielle Studie ihrer Abwege in Selbstmordversuchen, Alkoholismus und Versagenszuständen. in: Festschrift Bürger-Prinz S. 201
BOOR, W. De:	Neuere Arbeiten über die Psychologie und Psychopathologie der Selbstmorde und der Selbstbeschädigungen. in: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. 17 (1949)
BRÄUTIGAM, W.:	Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. Ein Grundriß der kleinen Psychiatrie. Stuttgart ^{2}1969
DELAY, J./PICHOT, P.:	Medizinische Psychologie. Stuttgart ^{2}1968
DIETRICH, H.:	Manie, Monomanie, Soziopathie und Verbrechen. Stuttgart 1968
ders.:	Psychiatrie in Stichworten, Stuttgart 1969
DUBITSCHER, F.:	Lebensschwierigkeiten und Selbsttötung. Stuttgart 1971
FARBEROW, N.L./SHNEIDMAN, E.S.:	The Cry for Help. London 1961
FREUD, S.:	Trauer und Melancholie. in: Gesammelte Werke, Bd. X 1963
ders.:	Jenseits des Lustprinzips. Wien 1920
v. GEBSATTEL, V.E.:	Die anankastische Fehlhaltung. in: Handbuch der Neurosenlehre Bd. II S. 125
HARLFINGER, H./ WIESENHÜTTER, E.:	Kasuistik der Sucht und ihre Interpretation. in: Praxis der Psychotherapie. XI (1966)

HILLMAN, J.: Selbstmord und seelische Wandlung. Zurück 1966

HIRSCHMANN, J.: Primitivreaktionen. in: Handbuch der Neurosenlehre. Bd. II

HOFF, H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Bd. II Basel 1956

JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin ^{8}1965

KESSEL, W.I.N./Mc.CULLOCH, J.W.: Repeated acts of Self-Poisoning and Self-Injury. in: Proc. Roy. Soc. Med. 59 (1966)

KOCKOTT, G./ HEYSE, H./ FEUERLEIN, W.: Der Selbstmordversuch durch Intoxikation. Biometrische Untersuchungen an 100 Patienten. in: Fortschr. d. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. 38 Heft 9 (1970)

KRAEPELIN, E./ LANGE, J.: Psychiatrie. Bd. I Allgemeine Psychiatrie. Leipzig ^{9}1927

KRETSCHMER, E.: Medizinische Psychologie. Stuttgart ^{12}1963

KUIPER, P.C.: Die seelischen Krankheiten des Menschen. Bern 1968

LANGEN, D.: Psychodiagnostik, Psychotherapie. Stuttgart 1969

LEIBBRAND, W./WETTLEY, A.: Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. Freiburg 1961

LEONHARD, K.: Psychologische Entwicklung zum Selbstmord. in: Selbstvernichtung hersg. v. Zwingmann. Frankfurt 1965

LINDEN, K.-J.: Der Suizidversuch. Stuttgart 1969

LOEWENFELD, L.: Die psychischen Zwangserscheinungen. Wiesbaden 1904

LÜCKERT, H.R.: Die Problematik der Persönlichkeitsdiagnostik. München 1965

MENNINGER, K.: Das Leben als Balance. Seelische Gesundheit und Krankheit im Lebensprozeß, München 1968

MERGEN, A.: Selbstmord - Vorurteil und Sexualität. in: Selbstvernichtung. s.o.

PHILIP, A.E./ Mc.CULLOCH: Social Pathology and Personality in Attempted Suicide. in: Brit. J. Psychiat. 113 (1967)

ders./CARSTAIRS, G.M.: The Ecology of Suicidal Behavior. in: Brit. J. Psychiatr. 113 (1967)

PÖLDINGER, W.: Die Abschätzung der Suizidalität. Eine medizinisch-psychologische und eine medizinisch-soziologische Studie. Bern 1968

RINGEL, E.: Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Wien 1953

ders.: Selbstmordverhütung. Bern 1969

ders.: Über Selbstmordversuche von Jugendlichen. in: Selbstvernichtung. s.o.

ders.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Wien 1961

RYLE, A.: Repertory Grid Study of the Meaning and Consequences of a Suicidal Act. in: Brit. J. Psychiat. 113 (1967)

SCHIPKOWENSKY, N.: Mitgehen und Mitnehmen in den Tod. in: Selbstvernichtung. s.o.

SCHRAPPE, O.: Über die Depravation bei Süchtigen. in: Randzonen. s.o.

SCLARE/BALFOUR, A. / HAMILTON, C.M.: Attempted Suicide in Glasgow. in: Brit. J. Psychiat. 109 (1963)

SEIZER, M./PAYNE, C.: Autounfälle, Selbstmord und unbewußte Motivation. in Selbstvernichtung. s.o.

SOLMS, W.: Zur Frage der Monomanien. in: Wiener Zeitschr. für Nervenheilk. und deren Grenzgebiete. II (1955)

STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Frankfurt 1969

ders.: Selbstmord und Selbstmordversuch. in: Psychiatrie der Gegenwart Bd. III 1961

THOMAS, K.: Menschen vor dem Abgrund. Hamburg 1970

WEISS, J.M.A.: The Suicidal Patient. in: American Handbook of Psychiatry. Vol. III. New York/ London 21966

WHITLOCK, F.A./SHAPIRA, K.: Attempted Suicide in Newcastle upon Tyne. in: Brit. J. Psychiat. 113 (1967)

WIELE, E.F.: Sozialpsychologische Erfahrungen aus der Betreuung Suizidgefährdeter. in: Selbstvernichtung. s.o.

DANKSAGUNG

Herrn Prof. Dr. med. Heinz Dietrich danke ich für die Anregung zu dieser Arbeit und seine beratende Unterstützung. Dem Direktor der Universitäts-Nervenklinik Prof. Dr. med. Hanns Hippius sei für die Überlassung der Krankengeschichten gedankt.

LEBENSLAUF

Am 26. 8. 1945 wurde ich, Nikolaus Ecker als neuntes Kind der Fuhrunternehmerseheleute Michael und Katharina Ecker in Vilsbiburg/Niederbayern geboren.

Von 1951 bis 1957 besuchte ich dort die Volksschule, von 1957 bis 1962 die Oberrealschule der Maristen in Furth b. Landshut und von 1962 bis 1966 das Mathematisch-Naturwissenschaftliche Gymnasium in Landshut, wo ich im Juni 1966 mit dem Abitur abschloß.

Im Wintersemester 1966/67 begann ich das Medizinstudium an der Ludwig Maximilian-Universität München und legte dort im Frühjahr 1969 das Physikum ab.

Vorliegende Arbeit wurde in meinem 11. Studiensemester abgeschlossen.